

Termo Conjunto de Desligamento/Inscrição

Titular e Pensionista

Protocolo N^o

ANS - nº 324477

Nº matrícula CAPESESP	Nº Matrícula SIAPE		№ Matrícula Instituidor Pensão (apenas para pensionista)
Nome completo			CPF
Plano para desligamento (nº Reg. ANS no anexo): Nome do Plano		Plano para inscrição (nº Reg. ANS no anexo): Nome do Plano	
Declaração e Consentimento			
Tenho ciência e/ou afirmo: 1. Ter lido e estar de acordo com o Estatuto da CAPESESP, o regulamento do Plano de Benefícios Assistenciais contratado, a rede credenciada, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde — MPS e do Guia de Leitura Contratual — GLC, todos disponíveis no site da CAPESESP www.capesesp.com.br, em especial as seguintes condições: a. Que será necessário o cumprimento de carências nos casos estabelecidos no regulamento; b. Que eventuais alterações referentes aos dados cadastrais informados na presente proposta deverão ser comunicadas por meio de formulários próprios, disponíveis no site da CAPESESP. É responsabilidade do Titular manter seus dados atualizados junto à CAPESESP; 2. Que o Plano de saúde ora contratado é do tipo coletivo empresarial, que não está sujeito aos índices de reajuste fixados pela ANS para planos individuais ou familiares. A Tabela de valores de contribuição mensal por BENEFICIÁRIO encontra-se disponível no site da Entidade, atualizada a cada 12 (doze) meses com base em estudos atuariais, observando-se a legislação vigente e o regulamento, e, ainda, que a coparticipação financeira pela utilização dos serviços de assistência à saúde, se incidir, será conforme previsto nos regulamentos dos planos contratados;		 Que a falsidade de informações ou o não cumprimento do regulamento poderá implicar em sanções regulamentares e penalidades cíveis e criminais previstas no art. 299 do Código Penal e nos arts. 186 e 187 do Código Civil; Comprometer-me, após a perda do vínculo com a patrocinadora, a comparecer no RH do órgão e na Gerência Regional da CAPESESP, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da perda do vínculo funcional, para optar pelo direito de manutenção no plano na condição de beneficiário auto patrocinado; Que autorizo o desconto em minha folha de pagamento dos valores referentes às contribuições mensais para os Planos de Benefícios contratados junto à CAPESESP, conforme tabela(s) e regulamento(s) do(s) Plano(s) e Produtos(s) contratado(s), bem como por toda e qualquer dívida contraída antes ou após o meu desligamento dos planos, inclusive relativas a eventos realizados indevidamente. Ciente que, independente do motivo, os valores referentes às contribuições mensais que não forem descontados em folha de pagamento, deverão ser efetivados mediante pagamento de boleto bancário, a ser emitido via internet ou pela CAPESESP, a pedido do Titular, ou qualquer outra forma de cobrança que venha a ser estabelecida; 	
3. Ter conhecimento de que a cobertura e a abrangência serão conforme a modalidade de plano de assistência médica escolhido, e os benefícios assistenciais podem variar de acordo com o regulamento, respeitando a cobertura assistencial mínima definida pela ANS, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;		10. Que autorizo a utilização dos dados pessoais e informações sobre saúde, com a finalidade de gerar dados para estudos e pesquisas científicas, visando a promoverações e projetos para melhorias práticas e preventivas pela CAPESESP no âmbito do atendimento à saúde suplementar. Esta autorização pode ser revogada a qualquer tempo, por simples requerimento à CAPESESP;	
4. Que o vínculo ao plano só será efetivado com o processamento da proposta de inscrição, mediante a análise dos documentos comprobatórios necessários para o ingresso, assim como análise cadastral e financeira do beneficiário e a comprovação do vínculo previdencial, autorização da Patrocinadora, ausência de débitos, e inexistência de impedimentos de qualquer ordem, inclusive em decorrência de fraude ou inelegibilidade;5. Que autorizo a CAPESESP a solicitar esclarecimentos profissionais sobre quaisquer dados necessários à elucidação de problemas médicos, referentes aos procedimentos solicitados pelo beneficiário, respeitadas as questões que envolvem sigilo das informações;		11. Que após a contratação do plano de saúde, mediante assinatura do formulário de inscrição pelo associado, a CAPESESP tem autorização legal para o tratamento dos dados pessoais dos associados, tanto titulares como dependentes, com a finalidade específica de cumprimento do contrato de prestação de serviços de assistência à saúde, utilizando-se das bases legais correspondentes a cada tratamento de dados, inclusive para cumprimento de obrigação legal ou regulatória pela CAPESESP, cujo tratamento está autorizado pelo art. 7º, inc. II da LGPD sem a necessidade de consentimento do titular dos dados.	
O aceite das declarações prestadas dar-se-á pela assinatura no presente formulário.			

Declaração de Pessoa Exposta Politicamente

Em atenção ao disposto na Instrução Normativa PREVIC nº 34/2020, especialmente quanto à obrigatoriedade, por parte da CAPESESP, do desenvolvimento e da implementação de rocedimentos que possibilitem a identificação e a qualificação de clientes como Pessoa Exposta Politicamente, DECLARO, para os devidos fins, e sob as penas da lei, que:

| SOU PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE, tendo em vista que me enquadrei ou me enquadro nas categorias previstas nos §§ 1º, 2º e 3º no Art. 15 da Instrução Normativa PREVIC nº 34/2020.

| POSSUO vínculo de parentesco, relacionamento próximo ou represento Pessoa Exposta Politicamente, nos termos do Art. 16 da Instrução Normativa PREVIC nº 34/2020.

| NÃO SOU PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE.

| Local | Data | Assinatura do Titular ou Responsável