

Informações do Titular e/ou Pensionista

Nº matrícula Funcional

Matrícula CAPESESP Titular

Nº matrícula SIAPE Instituidor

Nome Titular

Beneficiário

Tipo de Inscrição

1ª Inscrição

Reinscrição

Manutenção (somente dependente-agregado de insituidor falecido)

Nome completo (Conforme cadastrado na Receita Federal)

CPF (obrigatório)

Carteira de Identidade

Órgão Expedidor

PIS/PASEP

Sexo

M

F

Data de Nascimento

Nº da Declaração de Nascido Vivo (para nascidos a partir de 01/01/2010)

UF/Município de Nascimento (agregado)

Nome da mãe

Parentesco

CNS - Cartão Nacional de Saúde

RIC (Registro de Identidade Civil)

Título de eleitor

E-mail para comunicação geral pela CAPESESP

Endereço (Rua, avenida, Praça, etc)

nº e complemento (apto, etc)

Bairro

Cidade

UF

CEP

Telefone residencial (DDD)

Telefone celular 1 (DDD):

Telefone celular 2 (DDD):

Exclusivo para Agregados de Instituidor Falecido (anexar comprovante)

Nº e nome do Banco

Nº e nome da Agência

Nº da Conta corrente

Declaração e Consentimento

Tenho ciência e/ou afirmo:

1. Estar ciente de que o plano proposto é de Cobertura Ambulatorial e que nesta cobertura está garantida apenas a prestação de serviços de saúde que compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais. Deste modo, os atendimentos de emergência estão limitados até as primeiras 12 horas do atendimento. A realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar fica sob responsabilidade do beneficiário, mesmo sendo feito na mesma unidade de prestação de serviços e em tempo menor que 12 horas.

2. 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 o 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 (www.capesesp.com.br). É responsabilidade do beneficiário manter seus dados atualizados junto à CAPESESP;

3. 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;

4. 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;

5. 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, ausência de débitos e inexistência de impedimentos de qualquer ordem, inclusive em decorrência de fraude ou inelegibilidade;

6. 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;

7. Que o TITULAR ou DEPENDENTE-AGREGADO deverão, obrigatoriamente, comunicar à Capesesp, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da ocorrência, qualquer alteração que implique na perda do direito de vínculo ao Plano, sob pena de sujeitar-se às sanções regulamentares e penalidades cíveis e criminais;

8. 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;

9. Que o desligamento do BENEFICIÁRIO ocorrerá por solicitação do TITULAR, por falecimento, por atraso de pagamento da contribuição mensal por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não e demais situações previstas no Regulamento do Plano;

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 promover ações 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;

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 beneficiários, tanto titulares como Dependente-Agregados, 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;

12. Ter ciência de que eventuais alterações em quaisquer informações prestadas deverão ser comunicadas de imediato à CAPESESP;

13. Ter recebido 01 (uma) cópia da presente proposta de inscrição.

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 procedimentos 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

Ciente:

Local

Data

Assinatura do Dependente ou Responsável