



Proposta de Inscrição nos Planos Capesesp Dependentes-Agregados

Protocolo nº

ANS - nº 324477

Informações do Titular e/ou Pensionista

Nº matrícula CAPESESP	Nº matrícula SIAPE	Nº matrícula SIAPE Instituidor	Nome completo
-----------------------	--------------------	--------------------------------	---------------

Tipo de Inscrição:
 1ª Inscrição Reinscrição Manutenção (somente dependente-agregado de insituidor falecido)

Planos

Tipo de acomodação: ENFERMARIA
Tipo de acomodação: APARTAMENTO
 Assistência Básica 4 (reg. nº 449371/04-1) Assistência Superior 4 (reg. nº 449372/04-9)

 CAPESAÚDE Família Referencial 100 (reg. nº 479510/17-5)

 Manter plano da matrícula de origem - exclusivo para Agregados de Instituidor Falecido

Informações do Dependente-Agregado

Nome completo		UF / Município de nascimento (agregado)	
Parentesco	Nome da Mãe	Data de Nascimento	Sexo
Carteira de Identidade	Órgão expedidor	CPF	PIS/PASEP
Cartão Nacional de Saúde	RIC (Registro de Identidade Civil)	Título de eleitor	Nº da Declaração de Nascido Vivo <small>(para nascidos a partir de 01/01/2010)</small>
		Capesaúde Urgente <input type="checkbox"/> Plano 1 <input type="checkbox"/> Plano 2 <input type="checkbox"/> Não	
Deseja que a carteira do plano seja enviada para a residência deste dependente-agregado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Deseja que o boleto bancário par apagamento da contribuição mensal seja enviado para a residência deste dependente-agregado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Endereço (Rua, nº, complemento)			
Bairro	Cidade/UF	CEP	
Telefone residencial (com DDD)	Telefone comercial (com DDD)	Telefone celular/SMS (com DDD)	
E-mail (1)	E-mail (2)	Autorizo o envio de mensagens para: <input type="checkbox"/> E-mail (1) <input type="checkbox"/> E-mail (2)	
Exclusivo para Agregados de Instituidor Falecido (anexar comprovante)			
Banco	Agência	Conta corrente	

Informações do Dependente-Agregado

Nome completo		UF / Município de nascimento (agregado)	
Parentesco	Nome da Mãe	Data de Nascimento	Sexo
Carteira de Identidade	Órgão expedidor	CPF	PIS/PASEP
Cartão Nacional de Saúde	RIC (Registro de Identidade Civil)	Título de eleitor	Nº da Declaração de Nascido Vivo <small>(para nascidos a partir de 01/01/2010)</small>
		Capesaúde Urgente <input type="checkbox"/> Plano 1 <input type="checkbox"/> Plano 2 <input type="checkbox"/> Não	
Deseja que a carteira do plano seja enviada para a residência deste dependente-agregado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Deseja que o boleto bancário par apagamento da contribuição mensal seja enviado para a residência deste dependente-agregado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Endereço (Rua, nº, complemento)			
Bairro	Cidade/UF	CEP	
Telefone residencial (com DDD)	Telefone comercial (com DDD)	Telefone celular/SMS (com DDD)	
E-mail (1)	E-mail (2)	Autorizo o envio de mensagens para: <input type="checkbox"/> E-mail (1) <input type="checkbox"/> E-mail (2)	
Exclusivo para Agregados de Instituidor Falecido (anexar comprovante)			
Banco	Agência	Conta corrente	

Obs.: Este documento só válido impresso em frente e verso e com a assinatura do Titular

Documentos necessários

Perfil da Saúde do Associado - Devidamente preenchido e assinado pelo dependente ou responsável.

Pai/Mãe - carteira de identidade do proponente e carteira de identidade do titular; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

Padrasto/madrasta - identidade ou certidão do titular, certidão de casamento ou declaração de convívio marital (modelo Capesesp) do pai/mãe do titular com sua madrasta/ padrasto, CPF (obrigatório), PIS/PASEP e Cartão Nacional de Saúde do padrasto/madrasta o qual se deseja inscrição.

Pais do companheiro - identidade dos pais do companheiro (para comprovar nome e data de nascimento), identidade do companheiro (para comprovar a filiação), declaração de convívio marital do titular (para comprovar o vínculo familiar), CPF (obrigatório), PIS/PASEP e Cartão Nacional de Saúde do pai/mãe do companheiro.

Filhos que não se enquadram na condição de Dependentes Naturais - carteira de identidade ou certidão de nascimento ou casamento do proponente; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

Enteados que não se enquadram na condição de Dependentes Naturais - certidão de nascimento ou casamento ou carteira de identidade do proponente e certidão de casamento ou declaração de convívio marital do(a) titular com a mãe (ou pai), subscrita por 2 (duas) testemunhas, com firma reconhecida, atestando coabitação por, no mínimo, 2 (dois) anos; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

Irmãos - certidão de nascimento ou casamento ou carteira de identidade do proponente e do titular; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

Netos - certidão de nascimento do proponente; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

Bisneto - certidão de nascimento do bisneto (comprovando os avós), certidão ou identidade dos avós (comprovando que o titular é o pai/mãe dos avós do bisneto), CPF (obrigatório), PIS/PASEP e Cartão Nacional de Saúde do bisneto.

Neto do Companheiro/Cônjuge - Certidão de Nascimento do Proponente; CPF; Cartão Nacional de Saúde; Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável do Titular.

Sobrinho-Neto - Certidão de Nascimento do Proponente; CPF; Cartão Nacional de Saúde; RG do Titular; RG do Avô/Avó do Proponente ou Certidão de Nascimento da Mãe/Pai do Proponente.

Primo - Certidão de Nascimento do Proponente; CPF; Cartão Nacional de Saúde; Documentos de Registro Civil que comprovem parentesco com o Titular.

Sobrinhos - certidão de nascimento do proponente e carteira de identidade do titular (ou outros documentos que comprovem o parentesco com o titular); CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

Avós/Tios - carteira de identidade do proponente e certidão de nascimento do titular (ou outros documentos que comprovem o parentesco com o titular); CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

Sogros - carteira de identidade do proponente e certidão de casamento do titular; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

Genro/nora - certidão de casamento do filho do titular (comprovando cônjuge e pais), CPF (obrigatório), PIS/PASEP, Cartão Nacional de Saúde do/a genro/nora.

Cunhado - CPF (obrigatório), PIS/PASEP, Cartão Nacional de Saúde do cunhado e identidade do cunhado (comprovando os pais) com certidão de casamento do titular (comprovando os sogros), ou certidão de casamento do irmão do titular (comprovando os pais e o cônjuge) com certidão do titular (comprovando os pais).

Obs. 1: O dependente-agregado que possuir endereço diferente do titular para remessa de correspondência deverá também enviar um comprovante de residência (cópia de conta luz, gás, telefone ou IPTU).

Obs. 2: Na falta dos documentos acima, poderão ser aceitos outros documentos oficiais que comprovem o parentesco com o titular.

Declaração

O proponente declara:

- 1) Ter recebido, lido e estar de acordo com o Estatuto da Capesesp, os regulamentos do Plano de Benefícios Assistenciais e do plano contratado, o livro da rede credenciada, bem como do Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde—MPS e do Guia de Leitura Contratual—GLC, em especial que será necessário o cumprimento de carências nos casos estabelecidos no regulamento. Eventuais alterações dos referidos documentos estarão disponíveis no site da Capesesp (www.capesesp.com.br), para atualização dos associados.
- 2) Estar ciente de que o Plano de saúde ora contratado é do tipo coletivo empresarial e que está recebendo, no ato da inscrição, a Tabela de valores de contribuição mensal por BENEFICIÁRIO aprovada pelo Conselho Deliberativo da Capesesp, atualizada a cada 12 meses com base em estudos atuariais, observando-se a legislação vigente e o regulamento, e, ainda, que a coparticipação financeira dos beneficiários pela utilização dos serviços de assistência à saúde será conforme previsto nos regulamentos dos planos contratados.
- 3) Ter conhecimento da existência de que de acordo com a modalidades de plano de assistência médica escolhido a abrangência e coberturas, bem como demais benefícios assistenciais podem variar.
- 4) Ter recebido 01(uma) cópia da presente proposta de inscrição.
- 5) Que autoriza a Capesesp a solicitar esclarecimentos profissionais sobre quaisquer dados necessários à elucidação de problemas médicos ligados ao titular e a seus dependentes, respeitadas as questões que envolvem sigilo das informações.
- 6) Que as informações aqui prestadas são expressão da verdade, e que está ciente de que a falsidade destas ou o não cumprimento do regulamento poderá implicar em sanções regulamentares e penalidades cíveis e criminais, tais como as previstas no artigo 299 do Código Penal e nos artigos 186 e 187 do Código Civil.
- 7) Que em qualquer situação que implique em perda do direito do titular e/ou dependentes inscritos em qualquer um dos planos, como por exemplo, casamento, morte, estar inscrito em outro plano de saúde mantido com recursos do Governo Federal, dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do evento, o titular deverá comunicar a CAPESESP, uma vez que, no caso de descumprimento, estará sujeito às sanções regulamentares, bem como às penalidades cíveis e criminais.
- 8) Ter ciência de que optando pelo débito em conta o requerente deverá liberar a Autorização de Débito em um dos seguintes canais dos bancos conveniados (BB ou CEF), entre os dias 20 e 30 do mês subsequente ao processamento pela CAPESESP: Internet Banking; Terminais de Atendimento (Caixa Eletrônicos); Central de Auto Atendimento. Segundo informações fornecidas pelo Banco, a autorização concedida à CAPESESP só será efetivada após a confirmação.
- 9) Que o Regulamento deste Plano encontra-se disponível para consulta no site da CAPESESP, no endereço www.capesesp.com.br.

Local

Data

Assinatura (titular ou dependente-agregado do instituidor falecido)

CAPESESP (Responsável)

Autorização para débito automático em conta corrente para Agregado de Instituidor Falecido

Desde já, AUTORIZO que seja efetuado o desconto dos referidos valores na minha conta corrente identificada na presente proposta de inscrição, ressalvada, ainda, a possibilidade de emissão de ficha de compensação para as hipóteses em que não for possível o desconto através do débito automático em conta corrente.

Local

Data

Assinatura (dependente-agregado do instituidor falecido)

CAPESESP (Responsável)