

PROPONENTE/PARTICIPANTE

Inscrição										E-mail									
Nome																			
Endereço										Número					Complemento				
Bairro							Cidade							UF			CEP		
Telefone							Data de Nascimento					Estado Civil					Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
CPF				RG			Órgão Emissor / UF					Data de Emissão					Naturalidade		

RESPONSÁVEL LEGAL (Somente Proponente Menor de 18 anos)

Nome										Telefone									
Endereço										Número					Complemento				
Bairro							Cidade							UF			CEP		
CPF				RG			Órgão Emissor / UF					Data de Emissão					Naturalidade		

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins de direito, ter ciência da existência e o conhecimento na íntegra do Estatuto e do Regulamento do Plano BANESCAIXA FAMILIAR, devidamente registrado na ANS sob o nº 484.340/19-1 e no Cartório de Registro de Títulos e Documentos na cidade de Vitória/ES, os quais, respectivamente, definem normas, critérios e condições para assistência à saúde. Bem como, ter recebido o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, anteriormente a adesão e, estar recebendo o Guia de Leitura Contratual – GLC, disponível no site www.banescaixa.com.br.

Ainda neste contexto, declaro que a partir da assinatura deste formulário, adiro, aceito de forma livre e espontânea, ciente das condições gerais, carências, modalidades de benefícios, serviços não cobertos, forma de reembolso e o plano de custeio composto pela contribuição mensal e co-participação financeira decorrente da utilização do plano assistencial.

Além do supra citado, responsabilizo-me pela exatidão das informações por mim prestadas, sob pena de responsabilização civil e penal.

Autorizo a Caixa de Assistência do Sistema Financeiro Banestes a utilizar meus dados pessoais na assistência à saúde, formulários, contas médicas, extratos da rede credenciada que me atenderão, bem como meu extrato de utilização para controle, cartão de atendimento e quaisquer outros documentos que porventura sejam necessários para a prestação da assistência através do Plano de Saúde em que me encontro(a) inscrito(a).

Ainda neste contexto, autorizo a utilização dos dados necessários na execução de políticas públicas, bem como nas solicitações e exigências dos órgãos estaduais e federais.

Elejo formalmente abaixo as pessoas que possam me representar na BANESCAIXA pessoalmente ou por e-mail para tratar de assuntos relativos à autorização de procedimentos médicos e recebimento de documentos, demais solicitações estarão sujeitas a análise administrativa.

DECLARAÇÃO (CONTINUAÇÃO)

Nome _____
 RG: _____
 E-mail: _____

Nome _____
 RG: _____
 E-mail: _____

Nome _____
 RG: _____
 E-mail: _____

Nome _____
 RG: _____
 E-mail: _____

_____ Local e Data

_____ Assinatura do Proponente/Participante

FORMAS DE PAGAMENTO

Boleto Bancário

Conta corrente
Banco _____

Agência _____

Número _____

Débito em Conta corrente

Nome do Correntista _____

Autorizo debitar na conta-corrente supra indicada, os valores oriundos da contribuição social mensal e co-participação financeira decorrente da utilização do plano de benefícios, bem como quaisquer outros débitos acerca da assistência à saúde prestada em consonância com a ora contratualização aderida.

Tenho ciência de que no caso de eventual insuficiência de fundos na citada conta-corrente e/ou impossibilidade do débito na data da efetiva liquidação, a forma de pagamento será convertida, automaticamente, em boleto bancário.

_____ Local e Data

_____ Assinatura do Correntista

ASSOCIADO/PENSIONISTA

Nome _____

Inscrição _____

Grau de Parentesco _____

Atesto, para os devidos fins e efeitos de direito, o grau de parentesco do proponente/participante por mim indicado.

_____ Local e Data

_____ Assinatura do Associado/Pensionista

PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE (USO BANESCAIXA)

Pessoa Jurídica _____ CNPJ _____

Endereço _____ Número _____ Complemento _____

Bairro _____ Cidade _____ UF _____ CEP _____

USO BANESCAIXA

Deferida

Indeferida

Observação _____

_____/_____/_____

Cadastro Processado

Data ____/____/_____

_____ Nome e Assinatura