

INTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO**Quem deverá preencher este formulário?**

Resposta: Participantes desligados ou aposentados de empresas patrocinadoras, pensionistas, coligados e autopatrocinados e seus familiares até quarto grau de parentesco consanguíneo e até segundo grau de parentesco por afinidade que queiram contratar o plano de saúde.

(1) Quem é o titular?

Resposta: É aquele que mantém ou manteve vínculo empregatício com as empresas patrocinadoras e que se responsabiliza pelo cumprimento das obrigações e deveres, referentes a si próprio e aos seus dependentes.

(1) O que é matrícula?

Resposta: Número de identificação de quem tem ou teve vínculo empregatício com as empresas patrocinadoras, caso não saiba informe o nome completo do titular.

(2) Opção de Planos

Resposta: Assinalar somente uma opção, conferir acomodação e Região do Plano a ser contratado.

(3) Dados do Beneficiário

Resposta: é aquele que irá utilizar o plano de saúde contratado.

(4) O que seria dados do responsável pelo pagamento do plano?

Resposta: Identificação da pessoa que será responsável pelo pagamento do próprio plano de saúde ou, pelo pagamento do plano de saúde de menor de idade ou incapaz. Quando for o titular não é necessário o preenchimento.

(5) O que seria opção de pagamento?

Resposta: Esclarecemos que para os titulares aposentados que possuem folha de pagamento do plano previdenciário será cadastrado automaticamente o débito em folha, mas caso tenha preferência pelo débito em conta corrente no Banco Santander poderá utilizar esta opção informando os dados bancários. Informamos que no momento somente este banco possui convênio para débito em conta. Já para os dependentes será emitido boleto bancário ou débito em conta.

(6) Dados Bancários para Reembolso

Resposta: Os dados bancários serão sempre da pessoa que realiza o pagamento da mensalidade do plano de saúde. Esta identificação bancária é para a Vivest efetuar créditos de eventuais devoluções monetárias ou crédito para reembolso de procedimentos realizados fora da rede credenciada para planos que ofereçam esta cobertura.

Termo de Adesão ao Plano Essência Pré-pagamento

A FALTA DE PREENCHIMENTO DE QUALQUER CAMPO OCASIONARÁ A REJEIÇÃO DO TERMO.

(1)

Matrícula e/ou nome do titular (quem mantém ou manteve vínculo empregatício com as empresas patrocinadoras)

(2)

Abrangência Nacional

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Essência 100 Nacional Enfermaria - 151 | <input type="checkbox"/> Essência 500 Nacional Apartamento - 154 |
| <input type="checkbox"/> Essência 100 Nacional Apartamento - 152 | <input type="checkbox"/> Essência 700 Nacional Apartamento - 155 |
| <input type="checkbox"/> Essência 300 Nacional Apartamento - 153 | <input type="checkbox"/> Essência 900 Nacional Apartamento - 157 |

Abrangência Regional Sudeste Paulista

- Essência 100 Sudeste Paulista Enfermaria - 158
- Essência 100 Sudeste Paulista Apartamento - 160
- Essência 500 Sudeste Paulista Apartamento - 161

Abrangência Regional Nordeste Paulista

- Essência 100 Nordeste Paulista Enfermaria - 168
- Essência 100 Nordeste Paulista Apartamento - 169
- Essência 500 Nordeste Paulista Apartamento - 170

Abrangência Regional Centro Oeste Paulista

- Essência 100 Centro Oeste Paulista Enfermaria - 163
- Essência 100 Centro Oeste Paulista Apartamento - 164

Abrangência Regional Centro Leste Paulista

- Essência 100 Centro Leste Paulista Enfermaria - 171
- Essência 100 Centro Leste Paulista Apartamento - 172
- Essência 500 Centro Leste Paulista Apartamento - 173

Abrangência Regional Noroeste Paulista

- Essência 100 Noroeste Paulista Enfermaria - 165
- Essência 100 Noroeste Paulista Apartamento - 166
- Essência 500 Noroeste Paulista Apartamento - 167

Abrangência Regional Leste Paulista

- Essência 100 Leste Paulista Enfermaria - 174
- Essência 100 Leste Paulista Apartamento - 175
- Essência 500 Leste Paulista Apartamento - 176

*Assinalar apenas uma opção.

(3) **Dados do beneficiário**

Nome completo _____ CNS (Cadastro Nacional de Saúde) / Cartão SUS _____

Estado civil _____ Grau de parentesco com o titular _____ Data de nascimento _____ Sexo _____

Endereço _____ Número _____ Complemento _____

Bairro _____ CEP _____ Município _____ UF _____

Email _____ DDD _____ Telefone de Contato _____ CPF _____

Nome da mãe _____ Nome do pai _____

(4) **Dados do responsável pelo pagamento do plano**

Nome completo _____ Data de nascimento _____ Sexo _____ CPF _____

(5) **Opção de pagamento**

- Folha de pagamento Boletão bancário Débito automático - Banco Santander

Agência

Conta Corrente

Número _____ Dígito _____ Número _____ Dígito _____

(6) **Dados bancários para reembolso**

Banco

Agência

Conta Corrente

Número _____ Nome do banco _____ Número _____ Dígito _____ Número _____ Dígito _____

Assinatura do responsável pelo pagamento _____ Local _____ Data _____

Em caso de dúvidas estamos à disposição pelo Disque Vivest nos telefones 0800.012.7173 e (11) 3065-3000, e-mail adesao.essencia@vivest.com.br

Termo de Adesão ao Plano Essência Pré-pagamento

A FALTA DE PREENCHIMENTO DE QUALQUER CAMPO OCASIONARÁ A REJEIÇÃO DO TERMO.

Matrícula e/ou nome do titular (quem mantém ou manteve vínculo empregatício com as empresas patrocinadoras)

Declaro para todos os fins:

1. Estar ciente de que o Essência é um plano coletivo empresarial, na modalidade de Pré-pagamento e custos por faixa etária, portanto, a cobrança da mensalidade refere-se ao custeio das despesas a serem realizadas no mês subsequente e que, de acordo com a data de efetivação da adesão, o primeiro valor cobrado poderá ser acumulado com as mensalidades do mês da adesão e do(s) subsequente(s).
2. Estar ciente de que, na qualidade de beneficiário do plano Essência Pré-pagamento, serei responsável pelos custos deste plano de saúde, nos termos do Regulamento e das Condições Especiais do plano, bem como pelas coparticipações financeiras quando da utilização da assistência médico hospitalar, AUTORIZANDO a Vivest a processar os respectivos descontos em folha de pagamento quando houver ou por meio de boleto bancário.
3. Estar ciente de que na condição de participante assistido deverei quitar eventuais débitos pendentes não descontados em folha de pagamento, caso existam, conforme determina o Regulamento do plano Essência Pré-pagamento.
4. Estar ciente de que a aceitação deste Termo de Adesão condiciona a aceitação das regras e dos procedimentos operacionais estabelecidos no Regulamento e nas Condições Especiais do plano Essência Pré-pagamento.
5. Estar ciente de que a adesão como beneficiário responsável ao plano Essência Pré-pagamento, está condicionada efetivamente à presença do titular em um dos planos de saúde administrados pela Vivest, exceto quando pensionistas previdenciários.
6. Estar ciente de que as regras de carência estão estabelecidas no Regulamento e Condições Especiais do plano Essência Pré-pagamento.
7. O início da vigência deste plano de saúde dar-se-á da seguinte forma:
 - ADESÃO AO PLANO: No caso dos participantes que não estão inscritos em planos de saúde da Vivest e solicitarem a adesão ao Plano Essência Pré-pagamento, o início de vigência deste plano de saúde será a partir do efetivo recebimento do Termo de Adesão pelo setor de Cadastro da Vivest, devidamente preenchido e assinado.
 - MIGRAÇÃO DE PLANO: No caso dos beneficiários que solicitarem migração para o Plano Essência Pré-pagamento, o cancelamento do plano anterior será efetuado automaticamente no último dia do mês da solicitação e o início de vigência do novo plano será a partir do 1º dia do mês subsequente ao do recebimento do Termo de Adesão pelo setor de Cadastro da Vivest, devidamente preenchido e assinado.
8. Estar ciente de que receberei comunicado formal confirmando minha adesão ao Plano Essência Pré-pagamento e que, até o recebimento dos cartões, terei acesso ao cartão virtual pelo aplicativo VIVEST e caso necessário farei contato prévio com o Disque Vivest.
9. Estar ciente de que o Regulamento e as Condições Especiais do Plano Essência Pré-pagamento, bem como o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), Guia de Leitura Contratual (GLC) e a relação dos recursos credenciados, estão disponíveis no portal da Vivest (www.vivest.com.br).
10. Que as informações aqui prestadas são expressão da verdade e que estou ciente de que a falsidade destas ou o não cumprimento do Regulamento implicará em sanções regulamentares e penalidades previstas nos Artigos 171 e 299 do Código Penal e dos Artigos 186 e 187 do Código Civil, bem como as relacionadas no Estatuto Social e o no Código de Conduta e Princípios Éticos da Vivest.
11. Estar ciente de que os dados pessoais, inclusive sensíveis, coletados ao longo da vigência do contrato/regulamento a que este formulário se refere serão utilizados exclusivamente para as finalidades decorrentes da prestação de serviços.
12. Que em observância à Lei 13.709/2018, as informações contidas neste documento devem ser tratadas de forma reservada por conterem dados pessoais.

Assinatura do titular

(Quem mantém ou manteve vínculo empregatício com as empresas patrocinadoras)