CASSEB CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DO BANEB

PROPOSTA DE INSCRIÇÃO DE ESPOSO (A) OU COMPANHEIRO (A) NO PLANO CASSEB SAÚDE

ASSOCIADO RESPONSÁVEL

NOME

MATRÍCULA CASSEB | **ESTADO CIVIL** | **TELEFONE**

DADOS DO CONJUGE / COMPANHEIRO (A)

NOME

IDENTIDADE / PASSAPORTE | **DATA DA EXPEDIÇÃO** | **ORGÃO EXPEDITOR** | **UF**

PAÍS EMISSOR | **NACIONALIDADE**

DATA DE NASCIMENTO | **CPF** | **SEXO** M ☐ F ☐

ATIVIDADE PRINCIPAL

OBSERVAÇÕES

- Se o (a) esposo (a) ou o (a) companheiro (a) estiver amparado (a) por outra Caixa de Assistência Médica Supletiva ou outro Plano de Saúde, indicar o nome: _____.
- A inscrição de companheiro (a) ou esposo (a) implica necessariamente, na exclusão do ex-esposo (a) ou outro (a) ex-companheiro (a), mesmo que, por decisão judicial, ficar o (a) associado (a) obrigado a garantir assistência econômica, quando for o caso.
- A proposta de inscrição não implica no reconhecimento automático pela CASSEB, que se reserva o direito de julgar cada caso em particular.

AUTORIZAÇÃO E DECLARAÇÃO

- Declaro que estou ciente de que meu dependente inscrito, somente poderá utilizar a carteira do plano, de acordo com as carências especificadas no item abaixo, e que o uso da mesma de forma indevida ou fora dos prazos estabelecidos, implicará na cobrança imediata da consulta, exames, procedimentos ou serviços realizados, cujo débito ocorrerá na conta corrente ou através de boleto bancário conforme seja a minha opção de pagamento.

CARÊNCIAS

- Urgência / Emergência: 24 horas.
- Exames e consultas simples: 60 dias.
- Exames especiais: 90 dias.
- Internamento e cirurgias: 06 (seis) meses.
- Parto: 10 (dez) meses.
- Doenças pré-existentes: consultas/exames especiais e de alta complexidade: 24 meses; internamento clínico / cirúrgico: 24 meses.

EFETIVAÇÃO DA INSCRIÇÃO

Para a efetivação da inscrição do esposo (a) ou companheiro (a) deverão ser obedecidas as condições abaixo especificadas:

1. Apresentação dos seguintes documentos:
   - 1.1. **Esposo** (**a**):
     - 1.1.1. Cópia da carteira de identidade do esposo (a);
     - 1.1.2. Cópia da certidão de casamento atualizada.
   - 1.2. **Companheiro (a**):
     - 1.2.1. Cópia do registro em cartório da união estável;
     - 1.2.2. Cópia da carteira de identidade do companheiro (a);
     - 1.2.3. Comprovante de residência.
2. Realização de **Perícia Médica**.

SERVIÇOS DE ATENDIMENTO OPCIONAIS

Abaixo indico, também, a minha opção com relação a utilização de serviços opcionais de atendimento, Vitalmed e Vitalfone, que serão cobrados juntamente com a contribuição mensal.

☐ Vitalmed (Para associados residentes em Salvador e Lauro de Freitas).

☐ Vitalfone (Para associados residentes nas cidades do interior).

☐ Não tenho interesse na utilização dos serviços Vitalmed ou Vitalfone.

Salvador, ____/____ /_____

_____
Assinatura do(a) Associado (a)

Data da Alteração, ____/____ /_____

_____
Funcionário da Casseb