



REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE TITULAR

Eu _____, inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____, venho por meio deste solicitar a inclusão como associado(a) titular da SIM - Caixa de Assistência à Saúde através do **PLANO SIM SORRIR**, registrado na ANS sob nº 469.217.13-9, conforme segue:

DADOS DO(A) ASSOCIADO(A)

Nome do(a) Associado(a)

--

CPF nº

Data de Nascimento

Estado Civil

Sexo (M/F)

--	--	--	--

Documento Identidade

Órgão Expedidor

Data Expedição

Nacionalidade

--	--	--	--

Filiação

Nome do Pai

--

Nome da Mãe

--

Endereço

Endereço Residencial

Número

--	--

Complemento

Bairro

Município

Estado

CEP

--	--	--	--	--

Telefone/E-mail

Telefone Residencial com DDD

Celular com DDD

Telefone Comercial

--	--	--

E-mail Pessoal

E-mail Comercial (ou segunda opção de e-mail)

--	--

Local: _____

Data: ____/____/20____

Assinatura Beneficiário(a) Titular



AVISO DE PRIVACIDADE SOBRE O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

A SIM - Caixa de Assistência à Saúde, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018 - LGPD), informa que os dados pessoais fornecidos neste formulário serão tratados para a inscrição e administração do plano de saúde.

O tratamento desses dados tem como base legal:

- 1. CUMPRIMENTO DE OBRIGAÇÃO REGULATÓRIA** (art. 7º, II da LGPD), conforme exigido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e demais órgãos;
- 2. A EXECUÇÃO DO CONTRATO** (art. 7º, V da LGPD), necessário para a prestação dos serviços do plano;
- 3. PROTEÇÃO DA VIDA OU DA INCOLUMIDADE FÍSICA DO TITULAR OU DE TERCEIROS** (art. 7º, VII da LGPD), especialmente em casos de emergências médicas ou atendimento hospitalar.

Esses dados serão utilizados para:

Cadastro e manutenção do contrato de assistência à saúde;
Processamento de solicitações e autorizações de serviços médicos;
Cumprimento de obrigações regulatórias perante órgãos competentes;
Atendimento de emergências, garantindo a segurança e a proteção da saúde do beneficiário.

Os dados poderão ser compartilhados com prestadores de serviços médicos e órgãos reguladores, quando necessário, sempre respeitando normas de segurança e privacidade.

Local: _____

Data: ____/____/20____

Assinatura Beneficiário(a) Titular



DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTOS REFERENTES AO PLANO SIM SORRIR

DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

Declaro que recebi as informações referentes às condições da inscrição oferecidas pelo Plano SIM Sorrir e que tenho interesse.

Na oportunidade autorizo a SIM - Caixa de Assistência à Saúde e meu empregador a descontar mensalmente de minha remuneração, ou a debitar, mensalmente na minha conta corrente do Banco do Brasil nº _____, Agência nº _____, a importância equivalente ao valor da mensalidade e coparticipação referente ao Plano SIM Sorrir. Estando ciente que sobre os valores pagos com atraso incidirão juros e multas previstas no regulamento do Plano, onde poderá acarretar na exclusão minha e de meus dependentes bem como inclusão nos serviços de proteção ao crédito.

Assinatura Beneficiário(a) Titular

PARA USO EXCLUSIVO DA SIM CAIXA DE ASSISTÊNCIA

Documentos em anexos estão OK: SIM [] ou NÃO []

Aprovado: SIM [] ou NÃO []

Verificado por: _____



DECLARAÇÃO DO ASSOCIADO

Eu associado(a) _____ titular da SIM – Caixa de Assistência à Saúde, inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____, declaro que, antes da assinatura deste documento de adesão, me foi disponibilizado o Manual de Orientação para contratação de Planos de Saúde – MPS. Declaro ainda que por minha opção, terei acesso ao Guia de Leitura Contratual (GLC) e dentre outros informativos sobre o Plano SIM Sorrir através sítio da Caixa de Assistência SIM www.simplanodesaude.com.br

Local: _____

Data: ____ / ____ /20____

Assinatura Beneficiário(a) Titular



INFORMAÇÕES GERAIS:

01. DOCUMENTOS DE ORIENTAÇÃO E OUTROS

O Regulamento do Plano, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Sorrir – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, Tabela de Reembolso, Guia da Rede de Cobertura e dentre outros informativos sobre o Plano SIM Sorrir se encontram no sítio da Caixa de Assistência - SIM (www.simplanodesaude.com.br)

02. QUEM PODE SER INSCRITO COMO DEPENDENTE NO PLANO SIM SORRIR

- Cônjuge;
- Companheiro, desde que comprove união estável, como entidade familiar na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- Filhos, de qualquer condição, desde que solteiros, não emancipados e menores de 21 (vinte e um) anos e os de idade inferior a 24 (vinte e quatro) anos que estejam frequentando curso superior, em estabelecimento de ensino oficial ou reconhecido;
- Filhos inválidos, enquanto perdurar a invalidez, não emancipados e que não exerçam atividade remunerada;
- Menor sob guarda ou tutela, com documento judicial comprobatório da respectiva condição, renovável, obrigatoriamente, a cada 02 (dois) anos.

Quando da INSCRIÇÃO de cada Beneficiário TITULAR ou dependente no PLANO será cobrado **R\$ 36,49** (trinta e seis reais e quarenta e nove centavos) a título de “Taxa de Inscrição”.

03. PRAZOS DE CARÊNCIA

Procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos neste Regulamento	24 horas
Para os demais casos, bem como novos procedimentos decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS	30 dias

04. DOCUMENTOS DE ORIENTAÇÃO E OUTROS

Para validação da inscrição se faz necessário às cópias dos seguintes documentos do Associado(a):

CARTEIRA DE IDENTIDADE, CPF e COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA.

Para a análise das carências relacionadas à portabilidade, solicitamos que a carta seja entregue juntamente com a documentação necessária para inclusão no novo plano.