

PLANO DE PROTEÇÃO FAMILIAR (INDIVIDUAL) MÚTUA - PPFM

Proposta Nº	<input type="checkbox"/> Socio Coopvida <input type="checkbox"/> Socio Sindeess <input type="checkbox"/> Diversos
-------------	---

DADOS DA PROTEÇÃO (Preencher todos os campos)

Estipulante: COOPVIDASAUDE	CNPJ: 37.369.425/0001-82	
Parceiro: SINDEESS	CNPJ: 17.454.414/0001-93	
Nº Proteção	Início de Vigência	Fim de Vigência: Conforme condições da proteção

DADOS DO FAVORECIDO TITULAR (Preencher todos os campos)

Nome Completo:	CPF
Data de Nasc.:	Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Estado Civil:	Parentesco: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe
Endereço:	Nº Complemento
Bairro: CEP	Cidade UF

DADOS DA EMPRESA (Preencher todos os campos)

Empresa:	CNPJ:
Data de admissão:	Matrícula: Função:
Endereço:	Cep: Telefone:

AUXÍLIOS/SERVIÇOS	PROTEÇÃO FAMILIAR (R\$)
Auxílio por Morte Natural ou Acidental	R\$ 4.970,00
*Reembolso Assistencial Funeral Individual até	R\$ 4.970,00
Total de até	R\$ 9.940,00

DEPENDENTES INCLUÍDOS - DADOS	GRAU DE PARENTESCO

***Observação: Assistência Funeral Individual extensivo aos Titulares e Dependentes com idade até 70 anos. O Reembolso depende da respectiva comprovação de despesas do funeral, cujos documentos e recibos devem estar em nome/dados do Titular**

DADOS DO AGENCIADOR

Agenciador:	Data:	Estab.	Filial:
-------------	-------	--------	---------

Declaro ser, ou ter relacionamento com Pessoa Politicamente Exposta () Sim () Não.
 Se sim, favor indicar a relação com a Pessoa Politicamente Exposta (Pais, Filhos, Cônjuge, outros):

Todos os dados e informações são tratados de acordo com LGPD.

Local e Data _____ / _____ / _____

Assinatura

Estou ciente que de que preciso estar adimplente com os pagamentos pertinentes à adesão para ter direito aos auxílios e serviços da PROTEÇÃO FAMILIAR (INDIVIDUAL) MÚTUA – PPFM. Autorizo a inclusão do meu nome no Plano de Proteção Familiar (Individual) Mútua da COOPVIDASAUDE/SINDEESS e o débito em folha de pagamento, das parcelas e ou parcela única do valor de adesão relativo ao PPFM. Estou ciente que o valor da adesão corresponde a 5,63% do salário mínimo, e que será pago anualmente. Estou ciente de que a inadimplência implicará na imediata suspensão dos auxílio/serviços do PPFM. Declaro que todas as informações prestadas nesta proposta são verdadeiras e completas, estando ciente que de acordo com o **art. 299** do Código Penal omitir a verdade ou inserir declarações falsas em documentos públicos ou particulares é crime de falsidade ideológica com responsabilidade civil e criminal, sendo que em caso de omissão ou inclusão de dados e fatos inverídicos que possam influir na aceitação da presente Proposta perderei o direito à proteção familiar, sem prejuízo do pagamento de valores vencidos e/ou devidos. Neste ato, autorizo a COOPVIDASAUDE/SINDEESS a obter informações sobre o meu estado de saúde e das pessoas incluídas na presente proposta, a qualquer tempo, inclusive junto aos médicos que me assistiram, para os quais e na forma do **art. 73** do Código de Ética Médica de 2009, a presente proposta possui força de consentimento, por escrito, do paciente, dispensando, para este fim, o sigilo profissional. Declaro para todos os fins, efeitos e sob as penas da lei que as informações ora prestadas são verdadeiras e completas. Declaro estar ciente de que todos os termos e condições gerais encontram-se disponíveis nos sites www.coopvidasaude.org.br e www.sindeess.org.br, e dispenso o recebimento impresso dos mesmos.

OBSERVAÇÕES GERAIS

A aceitação do Plano de Proteção Familiar (Individual) Mútua está sujeita à análise do risco. A COOPVIDASAUDE/SINDEESS disporá de 15 (quinze) dias contados da data do recebimento desta Proposta na Filial para decidir acerca da aceitação. Em caso de não-aceitação, o valor eventualmente descontado será devolvido corrigido monetariamente. Este Plano de Proteção Familiar (Individual) Mútua possui prazo determinado, tendo a COOPVIDASAUDE/SINDEESS a faculdade de não renovar na data de seu vencimento, sem devolução dos valores pagos nos termos da Proteção. O Associado poderá consultar a situação cadastral de seu Agenciador do Plano de Proteção Familiar (Individual) Mútua através dos telefones (31)2102-2661, (31)2102-2655 ou (31)98261-6265, (31)98447-0602 e (31) 99448-0067. A COOPVIDASAUDE também disponibiliza canal de atendimento telefônico, que poderá ser utilizado para informações acerca de pedidos de esclarecimentos e informações sobre pedido de revisão nos casos em que houver discordância da decisão da COOPVIDASAUDE, ou ainda por carta, para a Rua Salinas, nº 797 – Floresta – Belo Horizonte – CEP 31015-365 – a/c Administração coopvidasaude.

DOCUMENTAÇÃO PARA ADESÃO DO TITULAR E DEPENDENTE

- Identidade e CPF do Titular e Dependente;
- Comprovante de endereço;
- Contra cheque atualizado ou contrato de trabalho;
- Certidão de casamento ou declaração amigável de próprio punho;

