

FORMULÁRIO DE ADESÃO – PLANOS EMPRESARIAIS/ADESÃO
 INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO TITULAR CAMPANHA

 ALTERAÇÃO DE DADOS DEPENDENTE Início da Vigência: ___/___/___

Alteração / observação:			
<input type="checkbox"/> Coletivo Empresarial		<input type="checkbox"/> Empresarial Adesão	
PLANO:		Registro:	
Venc. Mensalidade: ()15 () 20		Mat. da Empresa:	
Razão Social:			
TITULAR:			Matrícula:
Data Nasc.:	Sexo:	CPF:	PIS/PASEP:
RG:	Órgão Exp.:		Data Expedição:
Profissão:	Estado Civil:	Cônjuge:	
Pai:		Mãe:	
Endereço:			
Cidade:		UF:	Bairro:
Tel:			CEP:
E-MAIL:			CNS:
Taxa de adesão:	Pro-rata:	Mensalidade inicial:	
DEPENDENTE 1:			
			Matrícula:
Data Nasc.:	Sexo:	Est. Civil:	Parentesco:
CPF:	Nº PIS:		CNS:
RG:	Órgão Exp.:		Data Expedição:
Pai:		Mãe:	
Taxa de adesão:	Pro-rata:	Mensalidade inicial:	
DEPENDENTE 2:			
			Matrícula:
Data Nasc.:	Sexo:	Est. Civil:	Parentesco:
CPF:	Nº PIS:		CNS:
RG:	Órgão Exp.:		Data Expedição:
Pai:		Mãe:	
Taxa de adesão:	Pro-rata:	Mensalidade inicial:	
DEPENDENTE 3:			
			Matrícula:
Data Nasc.:	Sexo:	Est. Civil:	Parentesco:
CPF:	Nº PIS:		CNS:
RG:	Órgão Exp.:		Data Expedição:
Pai:		Mãe:	
Taxa de adesão:	Pro-rata:	Mensalidade inicial:	
X _____ Beneficiário Titular _____ FUNDAÇÃO PLAMHUV Data: ___/___/___		_____ Assinatura Rep. Legal, Carimbo com CNPJ AUTORIZAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRANTE	

PLAMHUV

Plano Médico Hospitalar dos Hospitais Unidos de Viçosa

Travessa Dr. Felício Brandi, 22, Lj 01 - Centro, Viçosa-MG CEP 36570-097

www.plamhuv.com.br - Tel: (31) 3891-1800 - plamhuv@plamhuv.com.br ANS 41850-1

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS

DECLARO para devidos fins de direito, que recebi o (x) **MPS**– Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, o (x) **GLC**–Guia de Leitura Contratual, e (x) Cópia do Contrato de Prestação de Serviços Médicos -hospitares vigente, estando ciente de seu inteiro teor e de acordo com o mesmo.

Beneficiário Titular: _____ **CPF:** _____

Assinatura: **X** _____ **Data:** ____/____/____

Representante: _____ **CPF:** _____

() PLAMHUV () Pessoa Jurídica Contratante

Assinatura: _____ **Data** ____/____/____

2

SENHA DA INTERNET (OPCIONAL)

Desejo receber minha SENHA e LOGUIN para acesso da minha fatura e dados do meu plano através do portal PLAMHUV na internet, sendo o único responsável pelo sigilo e pela guarda da senha, isentando o PLAMHUV de qualquer responsabilidade pela utilização indevida da mesma.

Beneficiário Titular: _____ **CPF:** _____

Assinatura: _____

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

- O formulário deverá ser preenchido com letra de forma.
- Todos os campos devem ser preenchidos obrigatoriamente, sob pena de não se realizar a inclusão ou alteração.
- Pro-rata – valor quitado para vigência imediata do plano.

BENEFICIÁRIO DE CONTRATO COLETIVO (EMPRESARIAL)

- Os campos em cinza devem ser preenchidos pelo PLAMHUV.
- Todos os campos devem ser preenchidos obrigatoriamente, sob pena de não se realizar a inclusão ou alteração.
- Na inclusão de beneficiários nos planos coletivos empresariais, a data de vencimento da mensalidade será a mesma do contrato com a empresa.

DADOS DO VENDEDOR

Representante: _____

Assinatura: _____ **PF:** _____

PLAMHUV

Plano Médico Hospitalar dos Hospitais Unidos de Viçosa
Travessa Dr. Felício Brandi, 22, Lj 01 - Centro, Viçosa-MG CEP 36570-097
www.plamhuv.com.br - Tel: (31) 3891-1800 - plamhuv@plamhuv.com.br ANS 41850-1

DA PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PLANOS EMPRESARIAIS/ADESÃO

I – A contratação estabelecida entre as partes é firmada em observância da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), sendo garantida a privacidade e a proteção dos dados pessoais dos titulares de dados que figuram na relação aqui formalizada, em especial os beneficiários (titulares e dependentes) do plano de saúde.

II - Para fins de atendimento das exigências trazidas pela Lei nº 13.709/2018, fica estabelecido que o PLAMHUV figura como controlador dos dados pessoais tratados na presente operação, cabendo a ele a legalidade da operação, a atribuição das bases legais e a segurança dos dados dentro de seus ambientes.

III - Para fins de atendimento das exigências trazidas pela Lei nº 13.709/2018, fica estabelecido que a ESTIPULANTE (empresa contratante do plano) figura como operadora dos dados pessoais tratados na presente operação, cabendo a ela a coleta do Formulário de Adesão dos beneficiários, bem como remessa dos dados estritamente necessários à prestação do serviço contratado e/ou exigidos pela ANS.

IV - Os dados pessoais dos beneficiários são tratados sob a égide das bases legais listadas no artigo 7º, inciso V (quando ordinários e necessários à execução do contrato de prestação de serviço de assistência suplementar à saúde), inciso II (quando ordinários e coletados em atendimento a determinações da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar); e artigo 11, inciso II, alínea “d” (quando sensíveis e necessários à execução do contrato) e alínea “a” (quando sensíveis e coletados em atendimento a determinação da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar).

V - No caso de dependente menor de idade, a assinatura do Formulário de Adesão pelo seu representante legal beneficiário, supre o consentimento expresso a que se refere o art. 14 da Lei nº 13.709/2018 para fins de tratamento de seus dados pessoais, respeitados todos os termos do contrato firmado, especificamente a finalidade, estrita necessidade e adequação dos dados tratados.

VI - O PLAMHUV se compromete a não fazer uso dos dados compartilhados para nenhuma finalidade distinta daquela prevista neste contrato, qual seja, prestação do serviço de plano de saúde empresarial aos beneficiários indicados pela ESTIPULANTE, ficando expressamente vedado o seu compartilhamento com terceiros, exceto quando absolutamente necessário à consecução deste contrato, e à sua própria responsabilidade, ou quando decorrentes de obrigação legal ou decisão judicial, observados os dispostos na Lei nº 13.709/2018, especialmente no seu artigo 11, §4º.

VII - O PLAMHUV se compromete a não utilizar dados pessoais de saúde para a prática de seleção de riscos na contratação de qualquer modalidade, assim como na contratação e exclusão de beneficiários, observado o disposto no artigo 11, §5º da Lei nº 13.709/2018 e a Súmula Normativa nº 27/2015 da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

VIII - O PLAMHUV não se responsabiliza por dados compartilhados pela ESTIPULANTE sem autorização do titular ou devida e efetiva adesão ao plano de saúde objeto deste contrato, cabendo a ela garantir a clareza das informações transmitidas aos beneficiários neste sentido.

X - Nos casos em que os beneficiários optem por manter a relação contratual com o PLAMHUV após o fim da relação com a ESTIPULANTE, fica também encerrada a sua condição de operadora dos dados pessoais, mantendo-se na operação de tratamento de dados pessoais apenas o PLAMHUV e os beneficiários, respectivamente nas posições de controladora e titular dos dados pessoais.

X _____
Beneficiário Titular

4

FUNDAÇÃO PLAMHUV

Data: ____/____/____