

## **TERMO DE CONSENTIMENTO - TRATAMENTO E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, em atenção ao disposto no artigo 8º da Lei nº 13.709/2018, **DECLARO ESTAR CIENTE** que a **CAIXA BENEFICENTE DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO ESTADO DE SÃO PAULO - CABESP**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 62.231.527/0001-84, registrada junto a ANS sob o nº 35.233-1, com sede na Rua Boa Vista, 293 - Centro, São Paulo-SP - CEP 01014-915, onde é feito o atendimento aos beneficiários, na condição de CONTROLADORA e OPERADORA de dados, realizará o tratamento de dados pessoais e dos dados pessoais sensíveis que sou **TITULAR** para as finalidades específicas de cumprimento do contrato de assistência; cumprimento de obrigações legais e regulatórias, para exercício regular de direitos para qualquer outra finalidade que a referida lei não dispense a exigência do consentimento do titular.

**1.1** Declaro estar ciente que a CABESP poderá tratar, coletar, armazenar e compartilhar com empresas terceiras, sempre com a estrita observância à Lei, os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis, bem como, informações cadastrais, financeiras e relativas serviços assistenciais contratados para: (i) garantir maior segurança e prevenir fraudes; (ii) assegurar sua adequada identificação, qualificação e autenticação de operações; (iii) prevenir atos relacionados à lavagem de dinheiro e outros atos ilícitos; (iv) autorizar procedimentos na rede credenciada direta ou indireta; (v) aperfeiçoar o atendimento e os serviços prestados; (vi) e outras hipóteses baseadas em finalidades legítimas para a perfeita execução do contrato de prestação de serviços.

**1.2.** Declaro que os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis estritamente necessários, poderão ser utilizados e compartilhados para atender a finalidades específicas com fornecedores e prestadores de serviços, incluindo empresas de Call Center, de processamento de dados, de tecnologia, prestação de atendimento médicos hospitalares, e empresas ou escritórios especializados em cobrança de dívidas. **Importante:** A CABESP assegura a V.sa, que não haverá qualquer compartilhamento de seus dados com empresas que não possuam contrato de prestação de serviço com a CABESP.

**1.3.** A CABESP poderá fornecer os dados pessoais e dados pessoais sensíveis do BENEFICIÁRIO sempre que estiver obrigada, seja em virtude de disposição legal, ato de autoridade competente ou ordem judicial.

**1.4** Declaro que na condição de titular dos dados pessoais e dos dados pessoais sensíveis, estou ciente do meu direito a obter, em relação aos meus dados tratados pela CABESP, após a vigência da lei e mediante requisição, nos termos da Lei, dentre outros: (i) a confirmação da existência de tratamento; (ii) o acesso aos dados; (iii) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; (iv) a anonimização, bloqueio ou eliminação de dados pessoais desnecessários,

excessivos ou tratados em desconformidade com a Lei; (v) a portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, observados os segredos comercial e industrial.

**1.5** No caso do término do Contrato de Prestação de Assistência a Saúde, os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis, bem como, outras informações a ele relacionadas poderão ser conservados pela CABESP para cumprimento de obrigações legais e regulatórias e para o exercício regular de direitos, pelos prazos previstos na legislação vigente.

**1.6** Declaro ainda estar ciente que a não autorização da utilização dos dados nos termos e condições mencionadas acima, a solicitação de anonimização e a solicitação de exclusão dos dados que sou titular da base controlada pela CABESP, inviabilizará a prestação de serviços de plano de saúde prestados pela CABESP, de modo que a vigência do contrato ficará condicionada a avaliação interna da CABESP, considerando a pertinência e a necessidade do uso dos dados.

**1.7** A inviabilização do contrato de plano de saúde pelas condições mencionadas no item 1.6, exime a CABESP de qualquer responsabilidade quanto a prestação de serviços de assistência médica.

CPF nº

Assinatura: