

# REQUERIMENTO PARA MUDANÇA DE PLANO GRUPO DE ESTADOS PARA ESTADUAL

- 1. Solicito, por meio do presente Termo, a minha inscrição, como Associado Titular, assim como a inscrição dos meus dependentes e agregados no plano de saúde <u>AMAGIS SAÚDE (ESTADUAL)</u> produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS sob o nº 434.278/00-0, administrado pela <u>AMAGIS SAÚDE</u>, em substituição à vinculação ao plano de saúde <u>AMAGIS SAÚDE GRUPO DE ESTADOS</u> produto registrado na ANS sob nº 471.054/14-1.
- 2. Para fins de confirmação dos dados e atualização das informações cadastrais, seguem abaixo:

#### **DADOS DO ASSOCIADO TITULAR:**

Nome:		
Data de Nascimento:/_	/ Estado Civil: _	Sexo:
Naturalidade:		Nacionalidade:
RG:	Órgão Expedidor:	Data da Expedição:
CPF:	Masp:	Data Nomeação://
Filiação:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Endereço:		
Rua/Av:		nº Complemento
Bairro:	Cidade:	UF:
CEP:	Telefone 1: ()	Telefone 2: ()
Coluler: ( )	E mail:	



## RELAÇÃO DOS ASSOCIADOS DEPENDENTES E AGREGADOS DO TITULAR:

Nome Completo:							
Parentesco com o Titular:	CPF					Data de Nascimento	
Cartão Nacional de Saúde:	Nome da Ma	ăe:					
Endereço:			N° Complemento				
Bairro			Cidade				UF
CEP:	Celular:	Celular:		E-mail:	E-mail:		
Nome Completo:							
Parentesco com o Titular:	Titular: CPF				Data de Nascimento		
Cartão Nacional de Saúde: Nome da Mãe:							
Endereço:			N°		Comple	emento	
Bairro			Cidade				UF
CEP:	Celular:			E-mail:			
Nome Completo:							
arentesco com o Titular: CPF		Data o		Data de Nascimento	ata de Nascimento		
Cartão Nacional de Saúde:	Nome da Ma	ăe:					
Endereço:		N°	Complemento		emento		
Bairro			Cidade				UF
CEP:	Celular:			E-mail:			



Nome Completo:								
Parentesco com o Titular:		CPF				Data de Nascimento		
Parentesco com o Titular:		CPF				Data de Nascimento		
Cartão Nacional de Saúde:	Nome da M	I ãe:						
					_			
Endereço:			Nº		Comple	emento		
D. Company			Oblinition				UF	
Bairro			Cidade				UF	
CEP:	Celular:			E-mail:				
Nome Completo:								
B		Long				Data da Nacabarata		
Parentesco com o Titular:		CPF	Dat		Data de Nascimento	Data de Nascimento		
Cartão Nacional de Saúde:	Nome da M	ı ãe:						
Endereço:			N°		Comple	emento		
Bairro			Cidade				UF	
Bailto			Cluade				Oi	
CEP:	Celular:			E-mail:				

#### 3. DISPOSIÇÕES E DECLARAÇÕES FINAIS:

- **3.1** A classificação como Associado Dependente do Titular ou Associado Agregado do Titular observará as regras Regulamentares aplicáveis e que regulam os critérios de elegibilidade;
- 3.2 A presente inscrição implica no cancelamento da minha adesão e de todos os meus eventuais dependentes e agregados vinculados ao plano de saúde AMAGIS SAÚDE GRUPO DE ESTADOS produto registrado na ANS sob o nº 471.054/14-1, em data antecedente à assinatura deste Termo, mantidas eventuais obrigações financeiras não adimplidas até esta data;
- **3.3** Declaro, para todos os fins, principalmente de direito, que fui devidamente informado(a) sobre todas as condições do plano aderido, do qual recebi todas as informações, inclusive relativas às coberturas e procedimentos garantidos pelo plano, assim como as suas exclusões de coberturas, prazos de carências, valores de contribuição vigentes nesta data e possibilidades de reajustes, o Regulamento, o Manual do Associado e a Rede Credenciada, bem como cópia deste Termo de Adesão. Afirmo também que, na presente data, recebi todas as informações necessárias para a



obtenção do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, bem como do Guia de Leitura Contratual – GLC, ambos disponíveis através de mídia digital no endereço eletrônico: www.amagissaude.com.br.

**3.4** As contribuições dos Associados Titulares e seus dependentes e agregados, vigentes nesta data, dar-se-ão mediante o pagamento de contribuições mensais, fixadas de acordo com a faixa etária de cada associado inscrito, conforme abaixo:

### **AMAGIS SAÚDE (ESTADUAL)**:

PLANO AMAGIS SAÚDE – ESTADUAL						
TABELA ATUAL10 FAIXAS						
Faixas etárias	Titulares e dependentes	%	Agregados	%		
0 a 18 anos	310,12	0,00%	358,93	0,00%		
19 a 23 anos	372,14	-20,00%	430,70	-20,00%		
24 a 28 anos	446,57	-20,00%	516,85	-20,00%		
29 a 33 anos	535,88	-20,00%	620,22	-20,00%		
34 a 38 anos	616,26	-15,00%	713,24	-15,00%		
39 a 43 anos	677,90	-10,00%	784,56	-10,00%		
44 a 48 anos	759,66	-12,06%	879,19	-12,06%		
49 a 53 anos	987,54	-30,00%	1.142,93	-30,00%		
54 a 58 anos	1.283,82	-30,00%	1.485,82	-30,00%		
59 acima	1.860,63	-44,93%	2.153,40	-44,93%		

Registro do Plano na ANS: 434.278/00-0

- **3.5** Na condição de Associado Titular, autorizo o desconto mensal dos valores das contribuições mensais, dos eventuais valores de coparticipação devidos e das penalidades previstas no Estatuto e Regulamento da Amagis Saúde, diretamente da minha folha de pagamento ou de benefícios.
- **3.5.1** Na impossibilidade de desconto em folha de pagamento ou de benefícios, o Associado Titular obriga-se a efetuar o pagamento dos valores de sua responsabilidade por meio de débito automático no banco, diretamente na tesouraria da AMAGIS SAÚDE, ou através de Ficha de Compensação Bancária, até o 10° (décimo) dia do mês subsequente a que corresponderem.

Nestes termos, pede deferimento.		
	,de	de
	Assinatura	