

**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 **AMAGIS SAÚDE (ESTADUAL)** - produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 434.278/00-0, administrado pela **AMAGIS SAÚDE**, em substituição à vinculação ao plano de saúde **AMAGIS SAÚDE – GRUPO DE ESTADOS** - 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: (____) _____

Celular: (____) _____ 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 Mãe:		
Endereço:		Nº	Complemento
Bairro		Cidade	UF
CEP:	Celular:	E-mail:	

Nome Completo:			
Parentesco com o Titular:		CPF	Data de Nascimento
Cartão Nacional de Saúde:	Nome da Mãe:		
Endereço:		Nº	Complemento
Bairro		Cidade	UF
CEP:	Celular:	E-mail:	

Nome Completo:			
Parentesco com o Titular:		CPF	Data de Nascimento
Cartão Nacional de Saúde:	Nome da Mãe:		
Endereço:		Nº	Complemento
Bairro		Cidade	UF
CEP:	Celular:	E-mail:	

Nome Completo:			
Parentesco com o Titular:	CPF	Data de Nascimento	
Cartão Nacional de Saúde:	Nome da Mãe:		
Endereço:	Nº	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	
CEP:	Celular:	E-mail:	

Nome Completo:			
Parentesco com o Titular:	CPF	Data de Nascimento	
Cartão Nacional de Saúde:	Nome da Mãe:		
Endereço:	Nº	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	
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 ATUAL 10 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 10º (décimo) dia do mês subsequente a que corresponderem.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura