AMAGIS ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS MINEIROS

AMAGIS Saúde

TERMO DE ADESÃO

FOTO 3X4

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____ Sexo: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Data da Expedição: ____/____/____

CPF: _____-_____ Matrícula Tribunal: _____ Data Posse: ____/____/____

Filiação: _____

_____

Cartão Nacional de Saúde: _____

Opção de Plano de Saúde:

( ) AMAGIS SAÚDE (Estadual), registro ANS nº 434.278/00-0

( ) AMAGIS SAÚDE – GRUPO DE ESTADOS, registro ANS nº 471.054/14-1

Endereço para correspondência: ( ) Residencial ( ) Escritório ( ) Trabalho

1 – Residencial:

Rua/Av: _____ nº _____ Complemento _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____-_____ Telefone: (___) _____ Fax: (___) _____

Celular: (___) _____ E-mail: _____

2 – Escritório:

Rua/Av: _____ nº _____ Complemento _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____-_____ Telefone: (___) _____ Fax: (___) _____

3 – Trabalho:

Rua/Av: _____ nº _____ Complemento _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____-_____ Telefone: (___) _____ Fax: (___) _____

Dados Bancários:

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____-____

Contribuição associativa está fixada em 1% sobre a integralidade da remuneração percebida (Art.8 Estatuto).

Em caso de adesão ao Plano de Saúde:

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

PLANO AMAGIS SAÚDE – GRUPO DE ESTADOS				
TABELA ATUAL 10 FAIXAS				
Faixas etárias	Titulares e dependentes	%	Agregados	%
0 a 18 anos	366,54	0,00%	422,76	0,00%
19 a 23 anos	439,86	-20,00%	507,32	-20,00%
24 a 28 anos	527,81	-20,00%	608,77	-20,00%
29 a 33 anos	633,39	-20,00%	730,53	-20,00%
34 a 38 anos	728,40	-15,00%	840,12	-15,00%
39 a 43 anos	801,23	-10,00%	924,13	-10,00%
44 a 48 anos	897,87	-12,06%	1.035,59	-12,06%
49 a 53 anos	1.167,22	-30,00%	1.346,24	-30,00%
54 a 58 anos	1.517,38	-30,00%	1.750,13	-30,00%
59 acima	2.199,14	-44,93%	2.536,46	-44,93%

Registro do Plano na ANS: 471.054/14-1

AMAGIS ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS MINEIROS

AMAGIS Saúde

DECLARAÇÃO:

DECLARO, para todos os fins, principalmente de direito, que fui devidamente informado(a) sobre todas as condições do plano contratado, 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*. Ante isso, SOLICITO minha inscrição no Quadro social da AMAGIS e/ou no Plano de Saúde, conforme opção assinalada no presente Termo, assim como a de meu(s) dependente(s) e/ou agregado(s) na forma do requerimento próprio, e AUTORIZO, desde que deferida esta solicitação, os descontos em folha e/ou conta corrente dos valores de contribuição associativa/coparticipação e das penalidades previstas no Estatuto e Regulamento do Plano de Saúde da Amagis, e, nestas condições venho REQUERER a minha adesão no(s) quadro(s) assinalado(s) abaixo, ciente do valor a ser descontado em folha de pagamento e/ou conta corrente. DECLARO ainda estar ciente que na impossibilidade de desconto em folha de pagamento ou de benefícios, ou de débito automático, ficarei responsável por efetuar o pagamento dos valores de minha responsabilidade diretamente na tesouraria da AMAGIS SAÚDE, ou através de Ficha de Compensação Bancária, até o 10º (décimo) dia do mês subsequente a que corresponderem.

( ) Somente Quadro Social
( ) Quadro Social e Plano de Saúde

Nestes termos,
pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura