

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CONTINUIDADE DO ASSOCIADO
DEPENDENTE/AGREGADO NO PLANO DE SAÚDE DA AMAGIS SAÚDE – PLANO
ESTADUAL**

- **Termo(s) de Continuidade**
- **1 foto 3X4 recente do dependente ou agregado responsável**
- **Cópia da certidão de óbito do titular ou do representante falecido (para agregados).**
- **Cópia de identidade e CPF de todos os dependentes/agregados**
- **Comprovante de residência**

**REQUERIMENTO PARA CONTINUIDADE
DO SÓCIO VINCULADO DEPENDENTE/AGREGADO (AMAGIS
SAÚDE – PLANO ESTADUAL)**

Exmo. Sr. Presidente da Associação de Assistência à Saúde da Amagis,

_____ () dependente / (X) agregado(a) do associado
_____ que faleceu em ____/____/____, vem requerer a
continuação no Plano de Saúde, nos termos das alíneas “a”, dos incisos, II e III, do art. 18, de seu
Estatuto. Declarando-me ciente do valor a ser pago através de boleto bancário/débito automático.

Termos em que,

Pede e espera deferimento.

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura

Registro do Plano na ANS: 434.278/00-0

Contrato de continuidade no plano de saúde da Amagis Saúde e Compromisso de Pagamento

Cláusula 1ª – Eu _____, adiro a todas as condições, direitos e deveres dos associados da Amagis Saúde, entidade de autogestão, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o registro de nº 41669-0.

Cláusula 2ª – Declaro para todos os fins, principalmente de direito, que fui devidamente informado (a) sobre todos os serviços prestados, às coberturas, os procedimentos garantidos pelo plano, assim como as suas exclusões de coberturas, prazos de carências, valores de contribuição vigentes nesta data e a possibilidade de reajustes.

Cláusula 3ª – Declaro que tenho condição financeira de arcar com as contribuições mensais/coparticipações, minha e de meus dependentes/agregados abaixo descritos, pelos quais assumo a total responsabilidade pelo pagamento, seja mediante boleto bancário ou débito automático, à minha escolha.

Cláusula 4ª – Declaro que estou ciente e anuente que, caso deixe de pagar minhas contribuições e coparticipações e/ou de meus dependentes e agregados, estarei sujeito (a) às penalidades previstas no Estatuto da Amagis Saúde, no Regulamento do Plano de Saúde e da ANS. E ainda, caso o débito vencido permaneça por um período superior a 60 (sessenta) dias, meus dados serão incluídos no cadastro de inadimplentes SPC pela Amagis Saúde.

Cláusula 5ª – Assumo a responsabilidade pelo pagamento das contribuições/coparticipações e demais valores devidos pelo titular falecido à AMAGIS SAÚDE, em relação à sua vinculação e do respectivo grupo familiar (dependentes e agregados) no(s) plano(s) de saúde, responsabilizando-me ainda pelo pagamento da cobrança gerada pela AMAGIS SAÚDE, independentemente da data em que tenha ocorrido o atendimento.

Cláusula 6ª - Estando de acordo com todas as condições, e uma vez tendo requerido a permanência no quadro social da AMAGIS, que é condição para permanência no plano de saúde, REQUEIRO a continuidade no plano da AMAGIS SAÚDE, bem como a de meu(s) dependente(s) e agregado(s), abaixo qualificados, na forma prevista, assumindo desde já a responsabilidade financeira por todos os pagamentos, ciente das penalidades deste instrumento, das penalidades estatutárias e da ANS, inclusive, a exclusão em caso de inadimplência.

Assinalar abaixo os dependentes/agregados que continuarão na Amagis Saúde			
Nomes	Parentesco	SIM	NÃO

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário

Amagis Saúde

Test: _____

CONTRATO PARA CONTINUIDADE DE DEPENDENTES E AGREGADOS NO PLANO DE SAÚDE DA AMAGIS SAÚDE – PLANO ESTADUAL

Contratante: _____

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

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

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

CPF: _____ - _____ Magistrado falecido: _____

Filiação: _____

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

Rua/Av: _____ nº _____ Complemento _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

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

Celular: (____) _____ E-mail: _____

Dados Bancários:

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____ - _____

Abaixo as tabelas AMAGIS SAÚDE – PLANO ESTADUAL:

PLANO AMAGIS SAÚDE – ESTADUAL				
TABELA 6 FAIXAS (INCLUSÕES ATÉ 31/12/2003)				
Faixas etárias	Titulares e dependentes	%	Agregados	%
0 a 17 anos	310,12	0%	358,93	0%
18 a 29 anos	533,41	-72%	534,78	49%
30 a 39 anos	714,76	-34%	716,61	34%
40 a 49 anos	764,80	-7%	766,78	7%
50 a 59 anos	978,94	-28%	1.027,48	34%
60 acima	1.576,11	-61%	1.736,44	69%

Registro do Plano na ANS: 434.278/00-0

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