

REQUERIMENTO DE MUDANÇA DE PLANO

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 – GRUPO DE ESTADOS - produto registrado na ANS sob o nº 471.054/14-1, administrado pela **AMAGIS SAÚDE**, em substituição à vinculação ao plano de saúde AMAGIS SAÚDE (Estadual) - produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº 434.278/00-0.

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: _____

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:	

Nome Completo:	
Parentesco com o Titular:	
CPF:	Data de Nascimento:
Cartão Nacional de Saúde:	
Nome da Mãe:	

Nome Completo:	
Parentesco com o Titular:	
CPF:	Data de Nascimento:
Cartão Nacional de Saúde:	
Nome da Mãe:	

Nome Completo:	
Parentesco com o Titular:	
CPF:	Data de Nascimento:
Cartão Nacional de Saúde:	
Nome da Mãe:	

Nome Completo:	
Parentesco com o Titular:	
CPF:	Data de Nascimento:
Cartão Nacional de Saúde:	
Nome da Mãe:	

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 plano de saúde AMAGIS SAÚDE (Estadual), produto registrado na ANS sob o nº 434.278/00-0, 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 através do endereço eletrônico: www.amagis.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:

Faixa Etária	Titular / Dependente	Agregado
0-18	R\$ 137,19	R\$ 158,24
19-23	R\$ 164,62	R\$ 189,88
24-28	R\$ 197,55	R\$ 227,86
29-33	R\$ 237,06	R\$ 273,43

34-38	R\$ 272,62	R\$ 314,44
39-43	R\$ 299,88	R\$ 345,89
44-48	R\$ 336,04	R\$ 387,60
49-53	R\$ 436,86	R\$ 503,88
54-58	R\$ 567,92	R\$ 655,05
59+	R\$ 823,08	R\$ 949,36

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 do Plano de Saúde da Amagis, diretamente da minha folha de pagamento ou de benefícios e/ou da conta corrente informada.

3.5.1 Na impossibilidade de desconto em folha de pagamento ou de benefícios, ou de débito automático, o Associado Titular obriga-se a efetuar o pagamento dos valores de sua 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.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura