



FICHA DE FILIAÇÃO DE TITULAR – FILIADO SUBSTITUTO

Plano Coletivo por Adesão
Cobertura: Ambulatorial e Hospitalar
com Obstetrícia
Acomodação: Apartamento

*** É imprescindível o preenchimento de todos os campos**

| | | |
|--|---------------------------|-----------|
| Nome do Filiado Substituto: | | |
| Nome do “de cujus” | | |
| Matrícula: | Parentesco c/ “de cujus”: | |
| Data Nascimento: | Estado Civil: | Sexo: |
| Endereço: | | |
| Bairro: | Cidade: | |
| Estado: | CEP: | |
| Fone/Residencial: () | Celular: () | |
| Natural de: | | |
| Nacionalidade: | | |
| E-mail: | | |
| CPF: | | |
| CI: | Órgão Expedidor: | Data exp: |
| PIS/PASEP: | | |
| Nome da mãe: | | |
| Nome do pai: | | |
| Número de Filhos: | | |
| Possuiu outro Plano de Saúde: ___ Sim ___ Não Qual | | |
| Órgão de vínculo do associado falecido: | | |

Dados Complementares:(Obrigatório a entrega da Autorização para débito bancário)

| | |
|----------|-----------------|
| Banco: | |
| Agência: | Conta corrente: |



DECLARO TER RECEBIDO O REGULAMENTO, O GUIA DE CONVENIADOS DO PLANO DE SAÚDE DA FUNDAFFEMG E AS CARTEIRAS DE IDENTIFICAÇÃO, ESTANDO CIENTE QUE A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS SOMENTE SERÁ PERMITIDA APÓS O CUMPRIMENTO DOS PRAZOS REGULAMENTARES DE CARÊNCIA.

Após ter lido e compreendido os termos do Regulamento do Plano FUNDAFFEMG-Saúde, solicito minha inscrição como filiado substituto, bem como a permanência dos dependentes, beneficiários e beneficiários especiais do “de cujus”, indicados em ficha específica, submetendo-me a todos os seus termos.

Responsabilizo-me integralmente pelo exato cumprimento dos deveres e obrigações decorrentes desta relação, especialmente, quanto ao pagamento das contribuições mensais e demais parcelas devidas, bem como pela estrita observância das normas regulamentares acerca de prazos de carências, autorizações, co-participações, perícias prévias, exclusões e limitações à cobertura assistencial.

Comprometo-me a agir com boa-fé e lealdade, respeitando os termos do Regulamento e os interesses da coletividade assistida, não criando qualquer embaraço ou dificuldade a quaisquer diligências necessárias à apuração de fatos ou coletas de provas que visem a defesa dos interesses da FUNDAFFEMG.

Fica determinado o início da vigência do presente contrato a contar da data da extinção do contrato do “de cujus”, caso o mesmo esteja no Plano quando do seu falecimento, caso contrário a vigência inicia-se a partir do pagamento da primeira contribuição mensal que se dará no ato da inscrição no Plano FUNDAFFEMG Saúde.

Em caso de inscrição posterior de dependentes ou beneficiários, seus contratos terão vigência a contar da data do pagamento da primeira contribuição mensal no ato de sua inscrição.

O Filiado Substituto como Titular atesta a veracidade de todas as informações prestadas à FUNDAFFEMG, sob as penas da lei, responsabilizando-se civil e criminalmente por eventuais omissões, inverdades ou incorreções que vierem a ser detectadas.

O Filiado Substituto, como titular do Plano de Saúde é responsável pela atualização de todos os seus dados cadastrais e dos demais usuários de sua responsabilidade junto ao FUNDAFFEMG-Saúde, especialmente, quanto à alteração de endereço residencial, estado civil e óbitos, a fim de assegurar seus direitos e sob pena de responder pelas incorreções eventualmente apuradas.

A inadimplência por parte do Filiado Substituto, como Titular poderá acarretar, além da execução judicial do débito, a sua inscrição no cadastro do serviço de proteção ao crédito, nos termos e limites da legislação em vigor.

Local _____, de _____ de _____.

Assinatura do Titular

Diretoria Executiva

TESTEMUNHA:

Nome:
CPF:

Ciente: Cadastro

Ciente: Assistente Técnico

ANS nº31556-7