



### FICHA DE FILIAÇÃO DE USUÁRIO

( ) Dependente ( ) Beneficiário ( ) Beneficiário Especial

<b>Plano Coletivo por Adesão</b> <b>Cobertura: Ambulatorial e Hospitalar com</b> <b>Obstetrícia</b> <b>Acomodação: Apartamento</b>
---

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

Nome do Titular:		Matrícula:
Nome:		
Data de Nascimento:	Estado civil:	Sexo:
Grau parentesco:		
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:		
Possuiu outro Plano de Saúde: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Qual:
<b>Dados Complementares:</b> Preencher nos casos em que a cobrança da contribuição for separada da cobrança realizada ao titular. Anexar o Termo de Responsabilidade de Cobrança. <b>(Obrigatório a entrega da Autorização para débito bancário)</b>		
Banco:		
Agência:	Conta corrente:	

O titular signatário deste termo declara, na hipótese de pedido de inscrição de beneficiário especial, em cumprimento ao disposto no Regulamento do FUNDAFFEMG-Saúde, **que todos os seus dependentes estão regularmente inscritos no Plano de Saúde da FUNDAFFEMG nesta data.**

**O dependente/beneficiário/beneficiário especial, maior de 18 anos de idade, declara ter lido e compreendido o Regulamento do Plano FUNDAFFEMG-Saúde, contrato coletivo por adesão, submetendo-se a todos os seus termos.**



**Responsabilizo-me integralmente pelo exato cumprimento dos deveres e obrigações decorrentes desta relação, bem como pela estrita observância das normas regulamentares acerca de prazos de carências, autorizações, 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.

Por fim, fica determinado o início da vigência do presente contrato a contar da data do pagamento da primeira contribuição mensal, que se dá no ato da presente inscrição.

**O Dependente/Beneficiário/Beneficiário especial 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 titular do Plano de Saúde é responsável pela atualização de todos os seus dados cadastrais e de seus dependentes, beneficiários e beneficiários especiais 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 de qualquer usuário do grupo familiar, assumida pelo 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.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular

\_\_\_\_\_  
Ass. Dependente/beneficiário/benef. especial

\_\_\_\_\_  
**DIRETORIA EXECUTIVA**

\_\_\_\_\_  
Agenciador/Testemunha

Nome:

CPF:

\_\_\_\_\_  
Atendente

\_\_\_\_\_  
**CIENTE: Assistente Técnico**