



Fundação Assistencial dos
Servidores do Ministério da Fazenda
Registro ANS: 34692-6

PROPOSTA DE ADESAO DO BENEFICIÁRIO

PROPOSTA DE ADESAO AO CONVÊNIO
ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: NACIONAL
ACOMODAÇÃO: APARTAMENTO
SEGMENTAÇÃO: AMB+HOSP+OBST
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO: COLETIVO EMPRESARIAL

I - ADESAO

Solicito minha adesão como Titular em razão do Convênio por Adesão celebrado entre a Autogestão Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda (ASSEFAZ) e o (a) _____, assim como a inscrição do (s) Dependente (s) e Agregado, se houver, relacionados no item III neste Termo, respectivamente, especificamente para o plano **ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL**, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número **466.489/12.2** e, conseqüentemente, me comprometo a pagar as contribuições mensais na forma descrita no Item VI deste Termo.

II - DADOS PESSOAIS DO TITULAR

Nome Completo			Data de Nascimento:		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Nome da mãe completo sem abreviações					
<input type="text"/>					
Nome do pai completo sem abreviações					
<input type="text"/>					
RG nº	Órgão Expedidor/UF:		Data da Expedição:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
CPF	Sexo	Estado Civil	Cartão Nacional de saúde		
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Endereço					
<input type="text"/>					
Bairro	Cidade	UF	CEP		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Tel. Res.	Tel. Com.	Celular:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
E-mail					
<input type="text"/>					
Banco					
<input type="text"/>					
Agência	DV	Conta Corrente	DV	Operação (Apenas CEF)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

III - DADOS DOS DEPENDENTES DO TITULAR

Grau de Parentesco com o Titular					
<input type="text"/>					
Nome			Data de Nascimento:		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
CPF	RG	Órgão Expedidor/UF	Data de emissão		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Cartão Nacional de Saúde	Estado Civil		Sexo:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		

Proposta de Adesão

Nome da mãe completo sem abreviações

Nome do Pai completo sem abreviações

Endereço

Bairro

Cidade

UF

CEP

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Tel. Res.

Tel. Com.

Celular:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

E-mail

Grau de Parentesco com o Titular

Nome

Data de Nascimento:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

CPF

RG

Órgão Expedidor/UF

Data de emissão

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Cartão Nacional de Saúde

Estado Civil

Sexo:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Nome da mãe completo sem abreviações

Nome do Pai completo sem abreviações

Endereço

Bairro

Cidade

UF

CEP

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Tel. Res.

Tel. Com.

Celular:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

E-mail

IV - DAS CARÊNCIAS

É o período ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano de saúde, durante o qual o contratante paga as mensalidades, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato, conforme previsto no inciso V do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.

1. Período de carências médicas

a) Até (24 horas)

Para atendimentos de urgência e emergência.

b) Até (30 dias)

Para consultas médicas e exames complementares básicos.

c) Até (180 dias)

Para demais procedimentos, bem como para internações clínicas ou

cirúrgicas, exames e procedimento especiais.

d) Até _____ (300 dias)

Para partos a termo.

Informações adicionais acerca da carência

V - DO PAGAMENTO

Comprometo-me a pagar as contraprestações pecuniárias mensais para ASSEFAZ do plano **ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL**, relativa a minha inscrição e a do (s) meu (s) Dependente (s) relacionados no item III, neste Termo de acordo com os valores vigentes e estabelecidos pelo Conselho de Administração da Fundação, na forma selecionada abaixo:

☐ Autorizo a Fundação Assefaz recolher o valor correspondente à mensalidade do(s) plano(s) ora aderido(s), neste termo de adesão mediante desconto em minha conta corrente

☐ Débito em Conta (Banco do Brasil ou Caixa Econômica)

☐ Boleto Bancário

VI - AUTORIZAÇÃO DE DEBITO EM CONTA CORRENTE PARA A ASSEFAZ

1. Autorizo o estabelecimento bancário abaixo especificado a debitar, mensalmente, em minha conta corrente, o valor para quitar o título em favor da ASSEFAZ.
2. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o Banco isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data indicada pela ASSEFAZ.
3. Estou ciente de que, caso não conste no título a expressão "DÉBITO EM CONTA - NÃO RECEBER NO CAIXA", esta deverá ser quitada diretamente junto a uma agência autorizada ao seu recebimento.
4. Qualquer alteração ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias à ASSEFAZ.
5. O não debito não isentará a cobrança de juros e multas, conforme o regulamento do plano de saúde o beneficiário deverá acompanhar se houve o debito em sua conta corrente.
6. Estou Ciente que, conforme norma do BACEN, devo fazer a autorização de debito junto à Caixa Econômica Federal, ou Banco do Brasil conforme descrito abaixo:
 - 6.1 Para os optantes de debito da Caixa Econômica Federal – Convênio 939700 – identificador é o código do CPF* do titular do plano de saúde.
 - 6.2 para os optantes de debito no banco do brasil – convenio 31320 – identificador é o código do CPF*do titular do plano de saúde.

* CPF: Entende-se que o CPF é o Cadastro de Pessoa Física. Ele é um documento feito pela Receita Federal e serve para identificar os contribuintes. O CPF é uma numeração com 11 dígitos, que só mudam por decisão judicial

VII - DECLARAÇÕES DE CIÊNCIA

Declaro que recebi o Estatuto da Fundação, o Regulamento do plano **ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL**, por mim contratado, incluindo a Guia de Leitura Contratual e o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, cujo conteúdo tomei conhecimento, foram lidos, entendidos e aceitos plenamente suas condições

Declaro ter ciência de que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde tem sua atualização sob responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e está disponível no site www.ans.gov.br e acessível pelo site www.assefaz.org.br.

Declaro ter ciência de que a Assefaz desenvolve programas de atenção integral à saúde e que a elegibilidade para esses programas depende da ocorrência de situações médicas específicas. Desse modo, autorizo o acesso da Assefaz aos resultados dos exames e tratamentos que vierem a ser cobertos por ela, com as finalidades únicas e exclusivas de verificar a elegibilidade e para o acompanhamento nos programas de saúde.

Declaro ter ciência de que todos os planos operados pela Assefaz são coletivos, sendo o contrato firmado entre a Assefaz e o órgão/entidade conveniada. Tal contrato é o instrumento que permite a adesão dos servidores/associados vinculados a estas instituições.

Declaro, ainda, ter conhecimento dos órgãos colegiados da Assefaz e de suas competências, bem como dos direitos e deveres dos membros beneficiários, constantes no Estatuto da Assefaz, disponível no site: www.assefaz.org.br.

VIII - TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais, que:

I - Comprometo-me a comunicar à ASSEFAZ qualquer evento que implique em perda do meu direito e/ou de meu (s) Dependentes inscrito (s) no plano **ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL**, entre eles, casamento, morte, ser beneficiário de outro plano de saúde mantido com recursos do Governo Federal ou qualquer outra situação, dentro do prazo de 30 (trinta) dias à contar da data do evento, estando ciente de que fico sujeito às penalidades previstas no Código Penal, caso não cumpra este compromisso;

II - Tenho conhecimento de que cumprirei, assim como meu (s) Dependentes inscrito (s) e Agregado (Grupo Familiar), os períodos de carência estabelecidos no Regulamento do plano **ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL**, sendo que, durante esse período, somente serão autorizados atendimentos de urgência e emergência;

III - Mantereí o meu endereço e de meus Dependentes e Agregado (Grupo Familiar) sempre atualizados junto a essa Fundação;

IV - Tenho conhecimento e assumo o compromisso de pagar as contribuições e participações de que trata o inciso VI, deste Termo, por meio de Título de Cobrança Bancária – TCB emitido pela ASSEFAZ, no caso em que não for possível o pagamento por débito em conta.

V - Tenho conhecimento de que as contribuições para o plano **ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL** serão atualizadas com base em estudos atuariais, observando-se a legislação que trata a matéria; e

VI - Tenho ciência que o não pagamento das contribuições por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato poderá acarretar o cancelamento da inscrição.

_____,	_____
Local e Data da Solicitação	Assinatura do Titular

IX - AUTORIZAÇÃO DA PATROCINADORA

Autorizamos a inscrição informada neste documento de _____ e de seus dependentes, tendo em vista a celebração de convênio entre a Fundação Assefaz, operadora classificada na modalidade de autogestão, sem mantenedor, multipatrocinada.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do AUTORIZADOR

X - AUTORIZAÇÃO DA ASSEFAZ

A análise desta proposta fica condicionada à entrega da cópia simples da documentação exigida no check list documental (disponível no sítio eletrônico da Assefaz).

Após o deferimento e processamento, em consonância com as normas vigentes, será gerada a cobrança em conformidade ao item IV desta proposta de adesão, expediente que tornará válida a presente solicitação de adesão e dará início à vigência do plano de saúde, conforme a data constante no item anterior.

Data de vigência para início do plano:

Fundação ASSEFAZ