

FENACEF SAÚDE PROPOSTA

Estipulante do Seguro Federação Nacional das Associações de Aposentados e Pensionistas da Caixa Econômica Federal - FENACEF				
Nome do Associado			Matrícula N°	
CPF N°	Cédula de Identidade N°	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Outro		
Endereço (Avenida / Rua / Praça / Quadra / etc.)			Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Telefone (DDD+número)	Celular (DDD+número)	E-mail (dê preferência a e-mail particular)		
Origem / Vínculo		Profissão	Associação Federada	
Categoria do Associado (Uso da FENACEF) <input type="checkbox"/> Aspirante <input type="checkbox"/> Vinculado <input type="checkbox"/> Agregado <input type="checkbox"/> Conveniado <input type="checkbox"/> Temporário <input type="checkbox"/> Egresso PADV <input type="checkbox"/> Outra: _____				

SEGURO SAÚDE	
ESPECIAL 100 R.1 <input type="checkbox"/>	Produto 515 - Especial 100 R.1 com Coparticipação
DIRETO NACIONAL <input type="checkbox"/>	Produto 515 - Direto Nacional com Coparticipação
ACOMODAÇÃO	<input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Enfermaria
SELECIONE O SEU ESTADO	<input type="checkbox"/> Bahia <input type="checkbox"/> Ceará / Piauí <input type="checkbox"/> Distrito Federal <input type="checkbox"/> Minas Gerais <input type="checkbox"/> Pernambuco <input type="checkbox"/> Rio de Janeiro <input type="checkbox"/> São Paulo

SEGURO ODONTOLÓGICO	
ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/>	Produto 700 - Odontológico abrangência nacional
MODULO	<input type="checkbox"/> Referência
PLANO	<input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> Executivo
MODULO	<input type="checkbox"/> Completo
PLANO	<input type="checkbox"/> Básico (Ortodontia + Prótese) <input type="checkbox"/> Especial (Ortodontia + Prótese) <input type="checkbox"/> Executivo (Ortodontia + Prótese)

(Uso do Estipulante)
Vigência ____/____/____
Carência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
CPT <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Valor Mensal R\$ _____

Pagamento das Mensalidades				
Forma de Cobrança	Dia de Vencimento	Informações da Conta Bancária para Débito (somente conta da Caixa)		
<input type="checkbox"/> Boletim Bancário	<input type="checkbox"/> 10	Banco	Agência	Número de Conta
<input type="checkbox"/> Débito em conta CAIXA	<input type="checkbox"/> 15	104		DV
	<input type="checkbox"/> 20			Tipo de Conta
				<input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> Poupança

OBSERVAÇÃO A autorização do débito em conta bancária deve ser formalizada junto aos sistemas da CAIXA (internet banking, caixa eletrônico ou agência).	Autorizo o débito do valor referente ao Plano, em minha conta bancária acima informada. _____ Assinatura do titular da conta
--	--

Reembolso (livre-escolha)				
IMPORTANTE A conta informada para reembolso deve ser, obrigatoriamente, do titular do Plano.	Informações da Conta Bancária para Crédito (conta de qualquer banco)			
	Banco	Agência	Número de Conta	DV
				Tipo de Conta <input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> Poupança

Declaro ter pleno conhecimento das Condições Gerais e Especiais das Apólices de Seguro Coletivas por Adesão acima, contratadas junto à **Sul América Companhia de Seguro Saúde**, CNPJ/MF N° 01.685.053/0001-56, com Registro na ANS sob N° 00624-6, tendo como Pessoa Jurídica Contratante a **Federação Nacional das Associações de Aposentados e Pensionistas da Caixa Econômica Federal - FENACEF**, CNPJ/MF N° 26.445.825/0001-03, na qualidade de Estipulante do Seguro, ao qual concedo o direito de agir em meu nome junto àquela Seguradora, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais e Especiais das referidas apólices, ficando o Estipulante investido dos poderes de representação por mim ora outorgados.

Declaro, ainda, ter ciência de que o Contrato de Seguro Saúde ao qual estou aderindo, tem seus **Reajustes de Preços** com base na legislação, normas e regras estipuladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para os **PLANOS COLETIVOS**, não se assemelhando aos Planos Individuais e Familiares.

Outrossim, estou ciente de que o presente documento destina-se ao fornecimento de dados para o Cadastro Geral da FENACEF, e autorização para a forma de cobrança/desconto, pelo Estipulante, das contribuições mensais relativas aos Seguros Saúde e/ou Odontológico em referência, por mim contratados, e não substitui o(s) Cartão(ões)-Proposta e Declaração(ões) de Saúde, devidamente preenchidos e assinados pelo Proponente Titular e/ou Dependentes.

Local e Data	Assinatura do Associado	FENACEF
---------------------	--------------------------------	----------------