

CADASTRO DE ASSOCIADO

Estipulante do Seguro Federação Nacional das Associações de Aposentados e Pensionistas da Caixa Econômica Federal - FENACEF				
Nome do Associado			Matrícula Nº	
CPF Nº	Cédula de Identidade Nº	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: _____				

NACIONAL	Seguro Saúde
PRODUTOS	<input type="checkbox"/> 506 - Hospitalar com Obstetria <input type="checkbox"/> 515 - Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria
PLANOS	<input type="checkbox"/> Ideal Enfermaria <input type="checkbox"/> Clássico Apartamento <input type="checkbox"/> Especial 100 R.1 <input type="checkbox"/> Executivo R.1 <input type="checkbox"/> Especial 100 R.2 <input type="checkbox"/> Executivo R.2 <input type="checkbox"/> Especial 100 R.3 <input type="checkbox"/> Executivo R.3

REGIONAL	Seguro Saúde
PRODUTO	<input type="checkbox"/> SulAmérica Direto
PLANO	Informar o nome do plano escolhido (Exemplos: Direto Brasília Turquesa, Direto Sampa BRANCO, etc.)
ACOMODAÇÃO	<input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Enfermaria

(Uso do Estipulante)

Vigência
____/____/____

Carência
 Sim Não

CPT
 Sim Não

Valor Mensal
R\$ _____

NACIONAL	Seguro Odontológico
PRODUTO	<input type="checkbox"/> 700 - Odontológico
PLANOS e MÓDULOS	<input type="checkbox"/> Básico Referência <input type="checkbox"/> Básico Completo (Referência + Ortodontia + Prótese) <input type="checkbox"/> Especial Referência <input type="checkbox"/> Especial Completo (Referência + Ortodontia + Prótese) <input type="checkbox"/> Executivo Referência <input type="checkbox"/> Executivo Completo (Referência + Ortodontia + Prótese)

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

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	Operação	Número de Conta	DV

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 Nº 01.685.053/0001-56, com Registro na ANS sob Nº 00624-6, tendo como Pessoa Jurídica Contratante a **Federação Nacional das Associações de Aposentados e Pensionistas da Caixa Econômica Federal - FENACEF**, CNPJ/MF Nº 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
--------------	-------------------------	---------