

**FICHA DE TROCA DE TITULARIDADE**

Produto registrado na ANS nº 492930226  
Plano Coletivo por Adesão  
Cobertura: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia  
Acomodação: Apartamento

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

Nome do Titular Substituto:		
Nome do "de cujus":		
Órgão de vínculo do associado falecido:		
Matrícula:	Parentesco c/ "de cujus":	
Data Nascimento:	Estado Civil:	Sexo:
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	
Estado:	CEP:	
Fone/Residencial: ( )	Celular: ( )	
E-mail:		
CPF:		
CI:	Órgão Expedidor:	Data exp:
Ocupação profissional:		
Nome da mãe:		
Nome do pai:		

**DECLARO TER RECEBIDO O REGULAMENTO 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 titular substituto, bem como a permanência dos dependentes e agregados do "de cujus", indicados no anexo I desse formulário, submetendo-me a todos os seus termos.**

**Declaro que recebi, li e compreendi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, conforme determinado no Artigo 24 da Resolução Normativa 195/2009 da Agência Nacional de Saúde.**

**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, coparticipações, perícias prévias, exclusões e limitações à cobertura assistencial.**

**Caso o beneficiário, durante o período de Cobertura Parcial Temporária (CPT), realize procedimentos de Alta Complexidade (PAC) ou utilize leitos de alta tecnologia e cirurgias relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas, seja por conta própria, seja por meio de alguma autorização dada por meio de convênio de reciprocidade, em locais nos quais a FUNDAFFEMG não**

**possui rede direta de atendimento e disponibiliza a assistência por rede indireta, o beneficiário declara estar ciente que deverá arcar com os custos dos referidos procedimentos ou deverá ressarcir a FUNDAFFEMG de todos os custos para realização dos referidos procedimentos.**

Concordo expressamente, por meio da assinatura da presente ficha, que o detalhamento dos valores cobrados será disponibilizado digitalmente, por meio de demonstrativo de débito, constando os valores das contribuições, coparticipações e demais obrigações previstas no Regulamento, acrescidas de correção monetária, juros de mora e multa.

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.

Declaro estar ciente que a entrega da documentação não é suficiente para ingresso no Plano de Saúde, devendo ser avaliado se os requisitos de elegibilidade foram preenchidos, nos termos do Regulamento do Plano e das Resoluções Normativas 137/06 e 195/09 da Agência Nacional de Saúde.

**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 da data de deferimento da filiação por parte da Diretoria Executiva da FUNDAFFEMG.**

**O beneficiário, titular dos dados, sensíveis ou não, declara, para os devidos fins, que autoriza e que tem total ciência que os seus dados pessoais e/ou sensíveis serão tratados pela Fundaffemg por seus funcionários, prepostos, colaboradores, prestadores de serviços e por outras empresas por ela contratadas, com o objetivo de atendimento das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do seu objeto social da Fundaffemg que visa prestar serviços de Plano de Saúde a seus beneficiários.**

**O beneficiário autoriza o uso de sua imagem em todo e qualquer material da Fundação AFFEMG de Assistência e Saúde - FUNDAFFEMG, sejam essas destinadas à divulgação ao público em geral.**

**A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, das seguintes formas: (I) folhetos em geral (encartes, mala direta, catálogo, etc.); (II) folder de apresentação; (III) revistas e jornais em geral; (IV) home Page; (V) cartazes; (VI) mídia eletrônica (painéis, vídeo-tapes, televisão, entre outros).**

**Fica ainda autorizada, de livre e espontânea vontade, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação das imagens não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração, sendo vedado à FUNDAFFEMG ceder esse direito à terceiros ou receber qualquer remuneração pelo seu uso.**

**Os dados e imagens serão tratados nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados enquanto forem necessários para o cumprimento das obrigações legais e contratuais da Controladora, perante o titular e perante terceiros, observados os segredos comercial e industrial, até que se cessem todos os prazos prescricionais previstos no Código Civil Brasileiro.**

**Todos os tratamentos de dados pessoais, sensíveis ou não e uso do direito de imagem autorizados no presente termo de consentimento e privacidade, têm por finalidade exclusiva o cumprimento do objeto social da FUNDAFFEMG que consiste em prestar a seus beneficiários, observado o disposto no Regulamento do Plano de Saúde e nos demais atos normativos aprovados por seu Conselho Curador, a assistência à saúde suplementar, a prevenção de riscos à saúde e de doenças e a promoção à saúde.**

**O beneficiário titular de dados declara ter ciência que o controlador dos dados será a Fundaffemg, e que os seus dados poderão ser compartilhados com terceiros para cumprimento de obrigações legais, regulatórias e contratuais, incluindo, agências reguladoras, prestadores de serviços, entidades**

governamentais ou não governamentais.

O titular dos dados declara ainda ter ciência das responsabilidades dos agentes que realizarão o tratamento e que quando houver infração à Lei Geral de Proteção de Dados por parte do controlador ou do operador em razão do exercício de atividade de tratamento de dados pessoais, causando dano patrimonial, moral, individual ou coletivo, em violação à legislação de proteção de dados pessoais, os mesmos serão obrigados a repará-lo.

Nos termos do Artigo 18 da Lei Geral de Proteção de dados, o titular dos dados pessoais tem direito a obter da Fundaffemg, em relação aos dados do titular por ele tratados, a qualquer momento e mediante requisição a confirmação da existência de tratamento; o acesso aos dados; a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; a anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto nesta Lei; a portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa e observados os segredos comercial e industrial, de acordo com a regulamentação do órgão controlador; a eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 da mencionada Lei; a informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados; a informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa; a revogação do consentimento, nos termos do § 5º do art. 8º da Lei Geral de Proteção de Dados.

O titular dos dados sensíveis ou não, declara, para os devidos fins, que autoriza e que está ciente que a Controladora, poderá armazenar os seus dados, sensíveis ou não, em empresas de prestação serviços de armazenamento na nuvem com sede em outros países.

O Titular Substituto do Plano de Saúde 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 Titular Substituto do Plano de Saúde é responsável pela atualização de todos os seus dados cadastrais e dos demais beneficiários 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 Titular Substituto 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.

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

Inclusão deferida em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Diretoria Administrativa e Financeira



ANEXO 1

1) Nome do dependente/agregado: \_\_\_\_\_ ;  
E-mail: \_\_\_\_\_ ;  
Telefone: \_\_\_\_\_ ;  
CPF: \_\_\_\_\_ ; RG: \_\_\_\_\_ ; Estado Civil \_\_\_\_\_ ;  
Grau de parentesco com o "de cujus" \_\_\_\_\_ ; Profissão: \_\_\_\_\_ ;  
Endereço: \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_  
UF: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_.

2) Nome do dependente/agregado: \_\_\_\_\_ ;  
E-mail: \_\_\_\_\_ ;  
Telefone: \_\_\_\_\_ ;  
CPF: \_\_\_\_\_ ; RG: \_\_\_\_\_ ; Estado Civil \_\_\_\_\_ ;  
Grau de parentesco com o "de cujus" \_\_\_\_\_ ; Profissão: \_\_\_\_\_ ;  
Endereço: \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_  
UF: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_.

3) Nome do dependente/agregado: \_\_\_\_\_ ;  
E-mail: \_\_\_\_\_ ;  
Telefone: \_\_\_\_\_ ;  
CPF: \_\_\_\_\_ ; RG: \_\_\_\_\_ ; Estado Civil \_\_\_\_\_ ;  
Grau de parentesco com o "de cujus" \_\_\_\_\_ ; Profissão: \_\_\_\_\_ ;  
Endereço: \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_  
UF: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_.

4) Nome do dependente/agregado: \_\_\_\_\_ ;  
E-mail: \_\_\_\_\_ ;  
Telefone: \_\_\_\_\_ ;  
CPF: \_\_\_\_\_ ; RG: \_\_\_\_\_ ; Estado Civil \_\_\_\_\_ ;  
Grau de parentesco com o "de cujus" \_\_\_\_\_ ; Profissão: \_\_\_\_\_ ;  
Endereço: \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_  
UF: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_.

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do titular substituto**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura - Unidade de atendimento**