

**Dados do beneficiário/titular**

Nome:

CPF:

Data de nascimento:

Telefone celular:

Telefone fixo:

E-mail:

Endereço com CEP:

**Dados do(s) dependente(s)/agregado(s) responsável financeiro:**

Nome:

CPF:

Data de nascimento:

Telefone celular:

Telefone fixo:

E-mail:

Endereço com CEP:

Cobrança de mensalidade em separado?

Sim

Não

Forma de pagamento do responsável financeiro a ter a mensalidade separada

Débito em conta do banco do brasil

Boleto

DADOS BANCÁRIOS (favor preencher mesmo se a opção de pagamento seja via boleto, pois as informações serão usadas para eventuais restituições/devoluções de valores:

Nome e código do banco:

Agência com dv:

Conta com dv:

Dados dos beneficiários cuja mensalidade estará vinculada ao responsável financeiro acima identificado	CPF

## 1. Na qualidade de beneficiário titular, declaro:

- 1.1** Haver lido, compreendido e aceito o Regulamento dos planos Anafe Saúde (Conforme o caso), sem ressalvas.
- 1.2** Anuir com o desmembramento de vínculo a fim de que as mensalidade(s) do plano de saúde seja(m) cobrada(s) diretamente de meu(s) dependente(s) e/ou agregado(s) mediante preenchimento deste termo de responsabilidade e autorização expressa firmada pelos beneficiário(s) a mim vinculado(s), não deixando, porém de responder solidariamente pela quitação de quaisquer débitos perante a Anafe Saúde.
- 1.3** Ser o único responsável pela atualização e veracidade dos dados cadastrais pessoais e dos beneficiários acima nominados, comprometendo-se a fornecer, quando solicitado, documentos complementares.
- 1.4** AUTORIZAR o desconto dos valores das mensalidades em favor da Anafe Saúde por meio de débitos em conta corrente junto ao Banco do Brasil S.A. ou mediante pagamento por meio de ficha de compensação bancária (boleto).
- 1.5** Ter conhecimento de que não será acolhida solicitação de separação de mensalidade de agregado menor impúbere, ou seja, aquele que, em razão da idade, não alcançou a capacidade jurídica plena para o exercício de seus direitos. O menor impúbere é absolutamente incapaz de exercer pessoalmente os atos da vida civil. São assim considerados os menores de dezesseis anos. Entre dezesseis e dezoito anos de idade o menor será considerado púbere devendo ser assistido por seu representante legal para a prática de atos da vida civil e, após completar dezoito anos, cessará a menoridade (art.5º do Código Civil).
- Portanto, não pode o menor impúbere ou púbere sem assistência do representante legal, figurar como responsável financeiro perante a Anafe Saúde. Em qualquer hipótese, o titular responderá solidariamente como responsável financeiro pelo pagamento das mensalidades e demais obrigações financeiras decorrentes da assistência prestada ao menor, ao abrigo do Anafe Saúde.
- 1.6** Ter conhecimento de que a separação das mensalidades somente poderá ser efetuada a cada 24 (vinte e quatro) meses, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação.
- 1.7** Ter conhecimento de que as mensalidades e outras obrigações financeiras do plano de saúde vencerão sempre no 2º (segundo) dia útil de cada mês, não sendo possível alteração da data de vencimento.

## 2. Na qualidade de dependente e/ou agregado (responsável financeiro), declaro:

- 2.1** Haver lido, compreendido e aceito o Regulamento do plano atual (Anafe Saúde Plus, Classic e Exclusive), sem ressalvas.
- 2.2** Aceitar o desmembramento, passando a responder financeiramente perante a Anafe Saúde pelo pagamento das minhas mensalidade(s) e dos demais do(s) dependente(s)/ agregado(s) vinculado(s).
- 2.3** Ter conhecimento de que a separação das mensalidades somente poderá ser efetuada pelo dependente e/ou agregado, com expressa anuência do titular, tendo por vigência mínima de 24 (vinte e quatro) meses, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação.
- 2.4** AUTORIZAR o desconto dos valores das mensalidades em favor da Anafe Saúde por meio de débitos em conta corrente junto ao Banco do Brasil S. A. ou mediante pagamento por meio de ficha de compensação bancária (boleto).

<b>PARA ASSINATURA DO SOLICITANTE (TITULAR):</b>	<b>PARA ASSINATURA DO DEPENDENTE/AGREGADO (RESPONSÁVEL FINANCEIRO):</b>
(Data): ____/____/____	(Data): ____/____/____
Por (Assinatura sob carimbo): _____	Por (Assinatura sob carimbo): _____