

TERMO DE MIGRAÇÃO

Na qualidade de Participante da Fundiágua – Fundação de Previdência Complementar e estando de acordo com as normas constantes em seu Estatuto, manifesto meu interesse em participar do plano Coletivo por Adesão na modalidade de estipulante contratado pela Fundiágua com a Amil Assistência Médica S/A a partir de 01/08/2023.

Declaro que concordo com a migração do meu plano de saúde atual Coletivo por Adesão da Bradesco Saúde S/A que terá seu encerramento em 31/07/2023, para o plano correspondente na Amil Assistência Médica S/A que terá seu início em 01/08/2023. Estou de acordo com a configuração abaixo e tenho ciência do cumprimento do Termo de Adesão do Programa Assistencial.

SAÚDE

ORIGEM: PLANO DE SAÚDE ATUAL ATÉ 31/07/2023	DESTINO: PLANO DE SAÚDE APÓS MIGRAÇÃO EM 01/08/2023
Bradesco Personal V (QNT2)	Amil S750 QP NAC
Bradesco Flex Nacional (FXQ2)	Amil S450 QP NAC
Bradesco Flex Nacional (FXE1)	Amil S450 QC NAC

Local e data

Assinatura do Titular