



Affix Administradora de Benefícios Ltda.
CNPJ nº 11.158.465/0001-91
Rua Dr. Bráulio Gomes, 36, 18º andar,
República, São Paulo/SP
CEP: 01047-020

ANS - nº 41.742-4

CONTRATO DE PLANO
DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE Nº _____
COLETIVO POR ADESÃO. _____



ANS - nº 42.142-1

Este aditivo tem prazo de validade para vendas realizadas no período até 31/07/2023 e faz parte integrante da Proposta de Adesão nº _____, e tem a finalidade de propiciar aos beneficiários que possuem plano anterior regulamentado pela ANS, a concessão de redução dos prazos de carência e dos prazos para início das coberturas.

São exigidas para análise da solicitação de redução de carência previstas neste aditivo:

DAS EXIGÊNCIAS PARA ANÁLISE DA REDUÇÃO DO PRAZO DE CARÊNCIA

- Plano de origem contratado na vigência da Lei nº 9.656/98.
- Plano de origem contratado com segmentação assistencial e acomodação similar ao plano pretendido, em caso de opção por acomodação superior, não serão absorvidas carências para internações.
- Idade do proponente solicitante até 58 (cinquenta e oito) anos;
- Declaração de Saúde sem apontamentos de Doenças ou Lesões Preexistentes.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

- Cópia do cartão de identificação da operadora de origem constando a data de vigência.
- 03 (três) últimos comprovantes de pagamento do plano de origem, sendo que o último comprovante deve ter data de vencimento inferior a 30 dias;
- Ou Carta de Permanência da operadora ou administradora de origem, sendo esta original em papel timbrado e assinado, onde deverá constar início de vigência, plano contratado, segmentação assistencial, acomodação e a data do último pagamento. Obrigatório acompanhar a cópia do cartão de identificação.

PRAZOS PARA CARÊNCIA

Pelo presente, os prazos de carência contratual poderão ser reduzidos, conforme quadro abaixo, desde que preenchidas as condições exigidas para análise no presente aditivo e apresentação de documentação obrigatória:

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIA	REDUÇÃO DE CARÊNCIA ADVINDOS CONGÊNERES*
A) Atendimento de urgência e emergência.	24 horas	Isento
B) Consultas médicas; exames de análises clínicas e histocitopatológicas, exceto necropsias e os constantes da letra "D"; exames radiológicos simples sem contraste; exames e testes otorrinolaringológicos, exceto videolaringoscopia computadorizada; eletrocardiograma convencional; eletroencefalograma convencional; inaloterapia; provas funcionais respiratórias.	30 dias	Isento
C) Densitometria óssea; monitorização ambulatorial de pressão arterial; endoscopias diagnósticas, em regime ambulatorial; exames e testes alergológicos; exames radiológicos com contraste, exceção feita aos constantes da letra "E"; sessões de fisioterapia; sessões de fonoaudiologia; psicologia; nutrição; terapia ocupacional; eletrocardiografia dinâmica (holter); teste ergométrico; ultrassonografia (exceto obstétrica e correlatas), à exceção dos constantes da letra "D".	90 dias	Isento
D) Cirurgias de porte anestésico 0 (zero) a nível ambulatorial; para exames de análises clínicas pelo método pesquisa P.C.R. e histocitopatológicos por histoquímica; hibridização molecular; pesquisa de anticorpos anti-htl III (HIV)-western-blot; ecocardiografia-ecodoppler; eletroencefalograma prolongado; videolaringoscopia computadorizada; mapeamento cerebral; polissonografia; potencial evocado; eletromiografia; eletroneuromiografia; dopplerfluxometria; ultrassonografia obstétrica; ultrassonografia morfológica e ultrassonografia com doppler.	120 dias	Isento
E) Internações clínicas ou cirúrgicas eletivas; exames diagnósticos e cirurgias por videolaparoscopia; videolaparoscopia diagnóstica; diálise peritoneal; diálise peritoneal-CAPD; hemodiálise; hipertermia prostática; litotripsia; medicina nuclear; mielografia; quimioterapia; radioterapia; ressonância nuclear magnética; tomografia computadorizada; transfusão de sangue e hemoderivados; angiografia; angioplastia; arteriografia; cineangiocoronariografia; próteses e órteses (relacionadas ao ato cirúrgico); procedimentos de hemodinâmica; neurovascular; necropsia; radiologia intervencionista; oxigenioterapia hiperbárica; transplantes de rim e córnea; transplante autólogo de medula.	180 dias	90 dias
F) Parto a termo.	300 dias	300 dias
G) Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes.	720 dias	720 dias

LISTA DE OPERADORAS CONGÊNERES:

- Para beneficiários que adquirirem os planos Vera Cruz:** Amil, todas as Unimed, Bradesco, Sulamérica, GNDI, Marítima, Petrobras, Associação de Saúde Holambra, Omint, One Health e Unimed Seguros.
- Para beneficiários que adquirirem os planos Casa de Saúde:** Amil, todas as Unimed, Bradesco, Sulamérica, GNDI, Marítima, Petrobras, Associação de Saúde Holambra, Omint, One Health, Santa Tereza, Samaritano e Beneficência Portuguesa.

***REDUÇÃO DE CARÊNCIA:** válido para beneficiários que tenha permanecido no mínimo 12 (doze) meses em plano anterior de uma operadora/seguradora devidamente regulamentada pela ANS. Essa condição é por tempo limitado, podendo ser alterada a qualquer momento pela operadora.



Affix Administradora de Benefícios Ltda.
CNPJ nº 11.158.465/0001-91
Rua Dr. Bráulio Gomes, 36, 18º andar,
República, São Paulo/SP
CEP: 01047-020

ANS - nº 41.742-4

ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

CONTRATO DE PLANO
DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE Nº _____
COLETIVO POR ADEÇÃO. _____



ANS - nº 42.142-1

DADOS CADASTRAIS		DATA DE NASCIMENTO	PLANO ATUAL	DESDE	GRUPO DE CARÊNCIA A CUMPRIR
Titular					
Dep. 1					
Dep. 2					
Dep. 3					
Dep. 4					
Dep. 5					
Plano contratado:		Contrato vigente em: / /			
DOCUMENTAÇÃO ANTERIOR ENTREGUE: () 3 últimos boletos () Cópia de Cartão(ões) () Cópia do Contrato () Declaração de Operadora Anterior					

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro ter ciência dos valores e das regras estabelecidas nas normas para promoção de vendas e tabelas de vendas. Declaro ter recebido cópia deste aditivo de redução de carências e que estou de acordo com os seus termos. Estou ciente de que a possibilidade da redução das carências será analisada de forma individual, para cada proponente, e que essa possibilidade está subordinada a análise e aprovação de documentação por parte da operadora.

Eu também estou ciente que os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas neste aditivo e não forem elegíveis a redução de carências deverão cumprir integralmente as carências contratuais.

Local e data: _____

Nome do titular/responsável: _____ CPF: _____

Nome do corretor: _____ Código: _____ CPF: _____

Assinatura do Corretor: _____ Assinatura do Titular ou Responsável: _____