



Este aditivo substitui os prazos da TABELA DE CARÊNCIAS da proposta de adesão, cujo o número de identificação é o mesmo que consta no cabeçalho deste aditivo.

Terão direito aos benefícios deste aditivo o titular e seus dependentes, após análise, inscritos na proposta de adesão, observados os planos escolhidos e as faixas etárias.

Os períodos de carências especificados no quadro abaixo deverão ser contados a partir do início de vigência do plano de saúde, conforme indicado na página 1 desta proposta de adesão.

TABELA DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

DESCRIÇÃO DO GRUPO	CARÊNCIA ANS	SEM PLANO ANTERIOR	COM MAIS DE 12 MESES NO PLANO ANTERIOR
Urgência e emergência presencial ou virtual	24 horas	24 horas	24 horas
Consultas eletivas	180 dias	30 dias	24 horas
Exames simples	180 dias	30 dias	24 horas
Exames especiais	180 dias	90 dias	24 horas
Terapias simples	180 dias	180 dias	180 dias
Terapias de alta complexidade - PAC	180 dias	180 dias	180 dias
Internações clínicas, cirúrgicas e UTIs	180 dias	180 dias	180 dias
Procedimentos ambulatoriais	180 dias	180 dias	24 horas
Internações psiquiatrias	180 dias	180 dias	180 dias
Transplantes e implantes	180 dias	180 dias	180 dias
Partos a termo	300 dias	300 dias	300 dias
Cobertura Parcial Temporária – CPT	730 dias	730 dias	730 dias

CARÊNCIAS ANS: para os beneficiários (titulares e dependentes) que não se enquadram nas RCs acima ou que possuam 65 anos.

SEM PLANO ANTERIOR: para os beneficiários (titulares e dependentes) sem plano anterior, valido no ato da contratação, não se estende a inclusão de dependentes futuros.

COM MAIS DE 12 MESES NO PLANO ANTERIOR: O beneficiário deve possuir um plano de saúde anterior, no qual tenha permanência acima de 12 (doze) meses ininterruptos e o plano anteriormente contratado pelo beneficiário deve estar com a última parcela quitada, na data de contratação do plano de saúde na UNIMED JUNDIAÍ.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

1. Carta de Permanência que comprove mais de 12 meses no plano/operadora mencionados, constando início de vigência, plano contratado, segmentação assistencial, acomodação e a data do último pagamento.

2. 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 boleto quitado não poderá ultrapassar 30 (trinta) dias entre a data de seu pagamento e a data de início da vigência da Proposta de Adesão.

DADOS CADASTRAIS		DATA DE NASCIMENTO	PLANO ATUAL	DESDE	CUMPRIR CARÊNCIA DA COLUNA
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					



ADITIVO Nº 0006 REDUÇÃO DE CARÊNCIAS



CONTRATO DE PLANO DE
 ASSISTENCIA A SAUDE
 COLETIVO POR ADESAO

Nº

NÃO SERÃO REDUZIDAS AS CARÊNCIAS NOS CASOS ABAIXO RELACIONADOS:

- Proponentes oriundos de planos exclusivamente hospitalares ou ambulatoriais;
- Proponentes oriundos de contratos não regulamentados pela lei 9.656/98.

Declaro ter ciência dos valores e das regras estabelecidas nas normas para promoções e tabela de vendas que foram apresentadas, e que este aditivo somente terá validade e efeito após aprovação por parte da Operadora. Caso não seja aprovado, prevalecerão as carências do contrato principal.

Estou ciente de que a possibilidade de redução de carências será analisada de forma individual, para cada proponente, e de que essa possibilidade está subordinada à análise e aprovação de documentos por parte da Operadora.

Estou ciente também de que os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas neste Aditivo e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências contratuais ou promocionais conforme regra vigente neste aditivo.

Declaro ter recebido cópia deste Aditivo de Redução de Carências e estou de acordo com os seus termos.

Declaro ter recebido cópia deste Aditivo de Carências Promocionais e estou de acordo com os seus termos.

Local e data: _____

Nome do titular/responsável: _____ CPF: _____

Nome do corretor: _____ CPF: _____

Assinatura do Corretor: _____

Assinatura do titular/responsável: _____