



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

CONTRATO DE PLANO
DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE
COLETIVO POR ADESAO.

Nº



Este Aditivo de Regras de Carências é parte integrante da proposta acima referida e visa prestar ciência ao proponente de suas carências por tipo de cobertura do plano de saúde coletivo por adesão contratado.

DAS EXIGÊNCIAS PARA ANÁLISE DA REDUÇÃO DO PRAZO DE CARÊNCIA

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

- Plano de origem contratado na vigência da Lei nº 9.656/98 ou adaptado;
- Plano de origem contratado com segmentação assistencial similar ao plano pretendido;
- Declaração de Saúde sem apontamentos de Doenças ou Lesões Preexistentes.

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

- 03 (três) últimos comprovantes de pagamentos do plano de origem, sendo que o último comprovante deve ter data de vencimento de, no máximo, 30 dias contados a partir da vigência do contrato;
- Cópia do cartão de identificação da operadora de origem;
- Ou Carta de Permanência que comprovem permanência mínima de 12 meses no plano/operadora mencionados, constando início de vigência, plano contratado, segmentação assistencial, acomodação e a data do último pagamento com, no máximo, 30 dias contados a partir da vigência do contrato.

DOS NOVOS PRAZOS PARA CARÊNCIA

Pelo presente os prazos de carência contratual, previstos na página 03 da Proposta de Adesão – CARÊNCIAS – PLANO DE SAÚDE, poderão ser reduzidos, conforme quadro abaixo, desde que preenchidas as condições exigidas para análise no presente aditivo e apresentação de documentação obrigatória:

TABELA DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS A CUMPRIR	
	CARÊNCIA PROMOCIONAL	ACIMA DE 12 MESES
Urgência e emergência	24 horas	Isento
Consultas e exames simples	24 horas	Isento
Exames especiais e terapias	180 dias	Isento
Cirurgias e internações	180 dias	Isento
Doenças e lesões preexistentes	24 meses	720 dias
Parto	300 dias	300 dias

CARÊNCIA PROMOCIONAL: Fica estabelecido o quadro, que deverá ser observado por prazo indeterminado para todo plano de saúde ora contratado.



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

CONTRATO DE PLANO
DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE
COLETIVO POR ADESAO.

Nº



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 Responsável: _____