



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

CONTRATO DE PLANO
DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO.

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.

DOCUMENTO OBRIGATÓRIO

- Carta de Permanência que comprove permanência mínima de 06 meses no plano/operadora mencionados, constando início de vigência, plano contratado, segmentação assistencial, acomodação e a data do último pagamento.
- Obrigatório 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.

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

ITEM	GRUPOS	COBERTURA	CARÊNCIA CONTRATUAL	CARÊNCIA REDUZIDA PARA APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA DE PLANO ANTERIOR COM VIGÊNCIA ENTRE 6 E 12 MESES	CARÊNCIA REDUZIDA PARA APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA DE PLANO ANTERIOR COM VIGÊNCIA ACIMA DE 12 MESES
A	Urgência e emergência	Garantia de cobertura para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente a partir da vigência do contrato, sendo que as demais condições de atendimento para urgência e emergências estão detalhadas na cláusula de urgência e emergência, em conformidade com a Cõnsu 13/98.	24 horas	24 horas	24 horas
B	Consultas eletivas	Consultas médicas ambulatoriais.	30 dias	24 horas	24 horas
C	Exames simples	Exames simples: RX, ultrassom simples (exceto PAC, endoscopia e com doppler), laboratoriais (exceto hormonais e imunológicos).	30 dias	24 horas	24 horas
D	Exames especiais I	Exames cardiológicos simples, como: teste ergométrico, Holter, ecocardiograma (exceto PAC). Exames oftalmológicos simples, como: curva tensional, tonometria, campimetria, mapeamento de retina (exceto PAC). Exames de otorrino simples, como: audiometria e impedanciometria, pesquisa de potencial evocado (Bera), (exceto PAC). Exames de Raio-X contrastado (exceto PAC). Sessões multidisciplinares, como: psicoterapia, fonoaudiologia, fisioterapia e nutricionista e terapia ocupacional. Mamografia e densitometria óssea.	90 dias	60 dias	30 dias
E	Exames especiais II	Demais procedimentos e exames ambulatoriais.	180 dias	120 dias	90 dias
F	Internamento	Internamento.	180 dias	120 dias	90 dias
G	Parto	Parto a Termo ou cesáreo.	300 dias	300 dias	300 dias
H	Preexistência	Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo (PAC) e internamento nas doenças e lesões que o beneficiário tenha conhecimento no ato da adesão.	720 dias	720 dias	720 dias

CARÊNCIA CONTRATUAL - Carência contratual para beneficiários sem plano anterior.

CARÊNCIA REDUZIDA ATÉ 12 MESES - Carência reduzida para beneficiários advindos de operadoras congêneres, com tempo de permanência até 12 meses em plano anterior.

CARÊNCIA REDUZIDA ACIMA DE 12 MESES - Carência reduzida para beneficiários advindos de operadoras congêneres, com tempo de permanência acima de 12 meses em plano anterior.



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 COLETIVO POR ADESAO.

Nº



ANS - nº 42.258-4

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: _____