



ADITIVO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES
CONTRATOS COLETIVO POR ADESÃO

v.2023.11.1



ANS - n° 41728-9

ANS N°32051-0

Folha 01/02

Objeto

Este aditivo tem por finalidade informar a todos os beneficiários inscritos na Proposta de Adesão, o prazo de carência, contado a partir do início de vigência contratual, durante o qual o beneficiário não terá acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Das normas para o cadastramento dos beneficiários

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 prazos das carências indicados no Aditivo de Carência são válidos apenas na contratação dos produtos da Operadora.

Dos novos prazos para carência

Para início da utilização dos serviços contratados, os beneficiários deverão cumprir os prazos de carência, conforme descrito abaixo:

Grupo de Benefícios	Carência Contratual 3955	Redução de Carência 3956	Redução de Carência 3957
Urgência e Emergência	24 horas	24 horas	24 horas
Consultas médicas	10 dias	24 horas	24 horas
Exames Simples	30 dias	24 horas	24 horas
Exames especiais e terapias	180 dias	180 dias	24 horas
Cirurgia e internação em UTI	180 dias	180 dias	24 horas
Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias
Doença e lesão preexistente	730 dias	730 dias	730 dias

- 3955** Válido para todos os beneficiários.
-
- 3956** Válido para beneficiários que fizeram a adesão com início de vigência contratual **até Junho de 2024**.
-
- 3957** Válido para beneficiários com tempo de permanência de no mínimo 12 (doze) meses na operadora anterior congênere.
-

Congêneres Participantes

Todas as seguradoras e/ou operadora e devidamente regulamentadas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

Documentação Obrigatória

Cópia da proposta do plano anterior ou carteirinha contendo data de início do plano.

Anexar os últimos 3 boletos devidamente quitados (sendo o último boleto quitado não poderá ultrapassar 60 (sessenta) dias entre a data do seu pagamento e a data de início da vigência da proposta Ativia Saúde .

	Dados cadastrais	Operadora atual	Plano atual	Desde	Último pagamento	Código da carência a cumprir
Titular						
Dep. 1						
Dep. 2						
Dep. 3						
Dep. 4						
Dep. 5						

Termo de Responsabilidade

Declaro ter ciência dos valores e das regras estabelecidas nas Normas para Promoções de Vendas e Tabelas de Vendas que me foram apresentadas e que este termo aditivo somente terá sua validade e efeito após aprovação por parte da **Ativia Saúde**. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão as normas do contrato principal.

Estou ciente também de que os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas nesta proposta e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências contratuais.

Local e data: _____

Nº da proposta contratual: _____

Nome do titular / responsável: _____ CPF: _____

Nome do corretor: _____ Código: _____ CPF: _____

Assinatura do Corretor

Assinatura do Responsável