



ANS - nº 41745-9

ANS Nº 41728-9

**ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES
CONTRATOS - COLETIVOS POR ADESÃO**

V.2021.08.1



ANS Nº 00571-1

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 reduzidas indicados no Aditivo de Redução 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 Carências	Coberturas, serviços médicos e hospitalares	CARÊNCIA CONTRATUAL 3007	REDUÇÃO DE CARÊNCIA 3008
A	Casos de urgência e emergência.	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas
B	Consultas Médicas e exames simples, que não necessitam de autorização prévia.	15 (quinze) dias	Isento
C	Fisioterapias, exceto em casos de acidente pessoal.	15 (quinze) dias	Isento
D	Parto a termo.	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias
E	Internações clínicas ou cirúrgicas.	120 (cento e vinte) dias	120 (cento e vinte) dias
F	Demais casos.	120 (cento e vinte) dias	120 (cento e vinte) dias

CPT	CPT Padrão	Redução de Carência
Cobertura Parcial Temporária para Doenças Preexistentes		
Estarão sujeitos a CPT as internações cirúrgicas os leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidades Neonatal, Coronariana ou Semi-intensiva) ou os procedimentos de alta complexidade para doenças preexistentes, identificados no Rol de Procedimentos da ANS – RN 262.	24 meses	24 meses
Não haverá redução dos prazos para os casos de cirurgia bariátrica em obesidade mórbida, transplante, cirurgia de refração, diálise e hemodiálise, neurocirurgia, cirurgia ortopédica para hérnia de disco, desvios de coluna e de articulações, quimioterapia e radioterapia e uso de próteses, órteses e material de osteossíntese.	24 meses	24 meses

Rubrica

1ª via: AllCare 2ª via: contratante



ANS - nº 41745-9

ANS Nº 41728-9

ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES
CONTRATOS - COLETIVOS POR ADESÃO



ANS Nº 00571-1

Critérios:

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | CARÊNCIA CONTRATUAL | Válido para todos os beneficiários. |
| <input type="checkbox"/> | REDUÇÃO DE CARÊNCIA | Válido para beneficiários com permanência mínima de 6 (seis) meses no Contrato da congênere anterior. |

Congêneres Participantes

A redução de carência é válido para o titular e seus dependentes, quando oriundos de todas as seguradoras e das seguintes operadoras: **Allianz, Marítima, Sul América, Tempo, Care Plus, Omint, Unimed, Amil/Medial, Golden Cross, Porto Seguro, Cassi, Mediservice, One Health, São Bernardo Saúde, Notredame e Lincx.**

Documentação Obrigatória

Anexar os últimos 3 boletos devidamente quitados (sendo o último há menos de 30 dias) e cópia do cartão de identificação e/ou declaração de tempo de permanência da operadora anterior carimbada e assinada (atualizada e original) de cada beneficiário relacionado abaixo:

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 BRADESCO. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão as normas do contrato principal.

Estou ciente também de que os proponentes que não se enquadram 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