

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 42202-9

Folha 01/03

## 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 Benefícios	CARÊNCIA CONTRATUAL	CARÊNCIA REDUZIDA 3215	CARÊNCIA REDUZIDA 3216	CARÊNCIA REDUZIDA 3217
Urgência e Emergência	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
Consultas Simples	180 dias	24 horas	24 horas	24 horas
Exames Simples	180 dias	30 dias	30 dias	24 horas
Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero	180 dias	30 dias	30 dias	24 horas
Exames e procedimentos especiais, realizados em regime ambulatorial (exames de endoscopia digestiva, respiratória e urdógicos e procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos)	180 dias	180 dias	30 dias	24 horas
Exames de ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética	180 dias	180 dias	30 dias	24 horas
Internações em geral (não relacionada com doenças preexistentes)	180 dias	180 dias	120 dias	90 dias
Internações para obstetrícia e neonatologia	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias
Cobertura parcial temporária	720 dias	720 dias	720 dias	720 dias

## Critérios

- Carência Contratual**
- 3215** Válido para beneficiários de quaisquer categorias sem plano anterior.
- 3216** Válido para beneficiários de quaisquer categorias, comprovado o tempo de permanência de **06 (seis) a 12 (doze) meses**, em plano anterior de Operadoras congêneres.
- 3217** Válido para beneficiários de quaisquer categorias, comprovado o tempo de permanência superior a **12 (doze) meses**, em plano anterior de Operadoras congêneres.



ANS - n° 41728-9

ANS - n° 42202-9

Folha 02/03

## Operadoras Congêneres

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

## Documentação obrigatória

### Para proponentes oriundos de planos de saúde individuais ou familiares:

- a)** Comprovante de início no plano de saúde anteriormente contratado (cópia do contrato OU cartão de identificação com data de início no plano de saúde anterior);
- b)** Cópia dos 2 (dois) últimos recibos de pagamentos quitados OU declaração da operadora congênera, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando a data de início no plano de saúde, condições de pagamento e relação dos beneficiários (titular e dependentes).

### Para proponentes oriundos de planos de saúde coletivos empresariais ou por adesão:

- a)** Declaração da Pessoa Jurídica contratante, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando:
- operadora contratada;
  - tipo de plano e acomodação em internação;
  - relação de beneficiários (titular e dependentes), com as respectivas datas de início e fim da cobertura.

	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						

## Terão direito a redução

- Proponente que o seu plano de origem seja equivalente ao plano adquirido.
- Proponente que não esteja cumprindo Cobertura Parcial Temporária.
- Proponente oriundos de planos regulamentados pela Lei n° 9.656/98.



ANS - n° 41728-9

ANS - n° 42202-9

Folha 03/03

## 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 KLINI. 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