



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

V.2024.03.1



ANS-nº 417289

ANS-nº 342033

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 reduzidas indicados no Aditivo de Redução de Carência são válidos apenas na contratação dos produtos **Essencial VIX Com Copart QC Adesão, Ideal ES Com Copart QC Adesão, Superior Com Copart QC Adesão e Superior Com Copart QP Adesão**.

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 3889	A	B	C	D	4079	3613
Acidente Pessoal	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	Aproveitamento total
Consultas Simples	30 dias	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato*	Aproveitamento total
Exames Simples	30 dias	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato*	Aproveitamento total
Exames Intermediários	90 dias	90 dias	Imediato	Imediato	Imediato	90 dias	Aproveitamento total
Exames Especializados	180 dias	180 dias	180 dias	Imediato	Imediato	180 dias	Aproveitamento total
Intern. Clín. e Cirúrgicas (exceto Acid. Pessoal)	180 dias	180 dias	180 dias	90 dias	Imediato	180 dias	Aproveitamento total
Parto	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	Aproveitamento total
C. P. T. (Cobertura Parcial Temporária)	720 dias	720 dias	720 dias	720 dias	720 dias	720 dias	Aproveitamento total

* Carência zero para consultas médicas e exames simples realizados na rede credenciada e nas clínicas próprias da Samp e SBS

<input type="checkbox"/> 3889	Carência contratual.
<input type="checkbox"/> GRUPO A	Válido para clientes com até 90 dias de plano anterior regulamentados pela ANS.
<input type="checkbox"/> GRUPO B	Válido para clientes de 90 até 180 dias de plano anterior regulamentados pela ANS.
<input type="checkbox"/> GRUPO C	Válido para clientes de 180 dias até 18 meses de plano anterior regulamentados pela ANS.
<input type="checkbox"/> GRUPO D	Válido para clientes a partir de 18 meses de plano anterior regulamentados pela ANS.
<input type="checkbox"/> GRUPO 4079	Válido para clientes que não preencherem os critérios dos grupos A, B, C e D, com vigência contratual até 15/05/2024.
<input type="checkbox"/> GRUPO 3613	Válido para ex-clientes da Samp advindos de plano pessoa física, desde que não tenha intervalo entre os planos, e advindos de plano pessoa jurídica, desde que não seja cancelado pela RN 412 (imediato) e não ultrapasse intervalo de 30 dias entre os planos.

allcare

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

samp,

ANS-nº 417289

ANS-nº 342033

Documentação Obrigatória

1. Anexar 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 emitida pela operadora anterior (atualizada e original);
2. Este aditivo valerá para aproveitamento de carência de qualquer operadora regulamentada pela ANS;
3. Não serão aceitos comprovantes de planos anteriores na modalidade "Pós Pagamento" ou "Custo Operacional".
4. Para redução das carências cuja cobertura anterior seja de plano AMBULATORIAL, a redução será considerada até a Coluna B, independente se o Tempo de Permanência do Plano Anterior for superior ao estipulado nesta coluna.
5. Os beneficiários que estiverem sendo inclusos no plano AMBULATORIAL Samp, somente terão direito à redução das carências descritas até o item 4 do quadro acima, vez que este produto não possui cobertura para os procedimentos descritos nos demais itens.

Dos Beneficiários

DADOS CADASTRAIS	DATA DE NASCIMENTO	PLANO ATUAL	DESDE	CUMPRIR CARÊNCIA DA COLUNA
Titular				
Dep 1				
Dep 2				
Dep 3				
Dep 4				
Dep 5				

Nº do Contrato Samp	Tipo de Plano Samp	Data de Início Samp
Documentação entregue (da operadora anterior)	<input type="checkbox"/> 3 últimos boletos <input type="checkbox"/> cópia de cartão(ões) <input type="checkbox"/> cópia do contrato <input type="checkbox"/> Declaração de Tempo de Permanência da Operadora Anterior	

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 SAMP. 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