



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

V.2023.12.1



Faz bem pra você

ANS - n° 41728-9

ANS N°36.825-3

Folha 1/3

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 3559 | REDUÇÃO DE CARÊNCIA 8624* |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 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/emergência estão detalhadas na cláusula de Urgência/ Emergência, em conformidade com a Consu n° 13/1998. | 24 horas | 24 horas |
| Consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e PAC), Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG). | 30 dias | Isento |
| -Exames Cardiológicos simples como: Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma Convencional; -Exames Oftalmológicos simples como: Curva tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de retina; -Exames Otorrinolaringológicos simples como: Audiometrias e Impedanciometria, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA); -Exames de Raio-X Contrastado; -Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos); -Mamografia Convencional e Densitometria Óssea. | 90 dias | 90 dias |
| -Cirurgias ambulatoriais; -Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopias, Colonoscopia, Procedimentos de Medicina Nuclear, Angiografias, Procedimentos que necessitam de Hemodinâmica (como Cateterismo Cardiológico), Radioterapia e Quimioterapia, e para todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores. -Sessões multidisciplinares (como psicoterapia, fonoaudiologia, fisioterapia, nutricionista e terapia ocupacional); | 180 dias | 180 dias |
| Partos a termo | 300 dias | 300 dias |
| Cobertura Parcial Temporária | 24 meses | 24 meses |

Assinatura do Corretor

Assinatura do Responsável



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



Faz bem pra você

ANS - n° 41728-9

ANS N° 36.825-3

3559 Carência Contratual

8624 Válido para todos os beneficiários que ingressarem no plano de saúde da operadora Hapvida Assistência Médica.
*Vide condições com o seu consultor de vendas

Aproveitamento de carências entre planos Hapvida, conforme regras abaixo:

3501 - Aproveitamento de 100% da carência.

Aproveitamento de carências de outras operadoras (congêneres) conforme regras abaixo:

3502 - Beneficiário a partir de 1 (um) ano na operadora de origem: Aproveitamento de 100% do tempo de adimplência.

3587 - Beneficiário com 180 (cento e oitenta) dias até 1 ano na operadora de origem: Será aproveitado 50% do tempo de adimplência.

3588 - Beneficiário com 30 (trinta) a 179 (cento e setenta e nove) dias de adimplência na operadora de origem: Redução de 30 (trinta) dias sobre as carências, observando a mesma segmentação de atendimento.

3840 - Beneficiário advindo da operadora GNDI: Aproveitamento parcial das carências cumpridas, exceto terapias, parto e doença preexistente.

* Para as sessões e terapias multidisciplinares (psicoterapia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, nutricionista, etc) NÃO será aproveitada carência desses procedimentos para beneficiários vindos de outras operadoras.

Operadoras Congêneres para aproveitamento de carências:

Liv Saúde, Humana Saúde, Uniplam, Medplan, Unihosp, São Camilo, Unilife, Plamed, União Médica, Lifeday, Agemed, Cassi, GEAP, Sulamerica, Bradesco, Smile, Seguros Unimed, CNU, Amil, Unimed, Samel, Santa Casa de São José dos Campos, Policlin Saúde, Ativia, Medvida.

Documentação Obrigatória

Serão exigidas cópias dos seguintes documentos para que ocorra análise de redução das carências:

Advindos de planos da Hapvida

1. Estar cancelado no contrato anterior, em até 30 (trinta) dias da data do cancelamento, considerando a data da digitação do novo plano na operadora;
2. Estar adimplente junto a operadora, considerando o mês de competência da última fatura paga.
3. Cópia da Carteirinha do plano de origem ou COMPROVA da ANS constando número do registro do produto perante ANS.

ATENÇÃO:

Caso o produto não seja equivalente, o beneficiário deve cumprir os prazos de carência integrais para os novos benefícios integrantes do produto para o qual está migrando.



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



ANS - nº 41728-9

ANS Nº 36.825-3

ADVINDOS DE OUTRAS OPERADORAS:

Declaração emitida em papel timbrado e com assinatura (física ou eletrônica, ou validação eletrônica) da **Operadora** do plano de origem, contendo, no mínimo, as seguintes informações referentes ao plano de origem do beneficiário:

1. Nome completo do beneficiário
2. Data de Nascimento;
3. CPF do beneficiário;
4. Nº de Registro da Operadora/Administradora;
5. Nº de Registro do Produto (ou código SCPA);
6. Segmentação do Produto e Acomodação;
7. Data de adesão do beneficiário;
8. Prazo de permanência ou data de cancelamento;
9. Informação sobre adimplência (comprovação de adimplência e data do último pagamento);
10. Termo de Concordância de Redução de Carências preenchido e assinado, datado com a data da vigência do contrato para o qual serão aproveitadas as carências, **no caso dos produtos Coletivos (Empresarial ou por Adesão);**
11. Aditivo Contratual Promocional De Aproveitamento De Tempo De Carência De Planos De Outras Operadoras Para Hapvida preenchido e assinado, datado com a data da vigência do contrato para o qual serão aproveitadas as carências, **no caso dos produtos Individual/Familiar.**

Na ausência de quaisquer uma dessas três informações (produto, segmentação, acomodação):

Apresentar carteirinha do plano anterior ou Comprovada ANS.

Na ausência de informações sobre adimplência:

- **Para clientes oriundos de planos coletivos empresariais:** acatar apresentação dos dois últimos contra cheques, constando claramente o desconto referente à contribuição com o plano de saúde, como comprovação de adimplência, (sendo indiferente o valor apresentado para efeito de aceitação).
- **Para clientes oriundos de planos coletivos por adesão ou individual/familiar:** acatar apresentação dos dois últimos comprovantes de pagamento acompanhados dos respectivos boletos.

ATENÇÃO:

- Beneficiários responsáveis financeiros não podem realizar aproveitamento de carências.
- Não será aproveitado tempo de carência para parto e doenças preexistentes.
- Caso o produto não seja equivalente, o beneficiário deve cumprir os prazos de carências integrais para os novos benefícios integrantes do produto para o qual está migrando.

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 HAPVIDA. 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