



ANS - n° 41728-9

ANS - n° 395480

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 de acordo com o contrato e os direitos do plano escolhido.

Das normas para o cadastramento dos beneficiários

Terão direito aos benefícios deste aditivo, o titular e seus dependentes inscritos na Proposta Contratual, observados os planos escolhidos e as faixas etárias.

Dos prazos de carência

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

Grupo de benefícios	CARÊNCIA CONTRATUAL	REDUÇÃO	REDUÇÃO	REDUÇÃO
	3398	3399 06 a 11 meses no plano anterior	3400 12 a 19 meses no plano anterior	3401 Acima de 20 meses no plano anterior
Urgência e Emergência	24 horas	Isento	Isento	Isento
Consultas e Exames Simples	30 dias	Isento	Isento	Isento
Demais consultas eletivas, com exceção da psiquiatria, geneticista e neurocirurgia, colposcopia/biopsia/histopatológico, demais exames laboratoriais constantes no rol da ANS de cobertura obrigatória vigente à época da solicitação, exceto PAC, exames de raio-x contrastado, exames de ultrassonografia diagnóstica (exceto ultrassonografia intervencionista), mamografia (exceto a mamografia digital).	90 dias	60 dias	30 dias	24 horas
Internação clínica e cirúrgica. Consulta com profissional de saúde (não médicos): psicólogo; fonoaudiólogo; terapeuta ocupacional, consulta médica na especialidade psiquiátrica e genética. Sessões multidisciplinares, como: psicoterapia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional). Todos os demais procedimentos, conforme determinado dentro do tol de cobertura mínima obrigatória pela ANS.	180 dias	150 dias	60 dias	24 horas
Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias
Cobertura Parcial Temporária	720 dias	720 dias	720 dias	720 dias

Crítérios

- 3398 Carência Contratual** - Válido para beneficiários sem plano anterior.
- 3399** Válido para beneficiários com tempo de permanência de **06 a 11 meses** na operadora anterior.
- 3400** Válido para beneficiários com tempo de permanência de **12 a 19 meses** na operadora anterior.
- 3401** Válido para beneficiários com tempo de permanência de acima de **20 meses** na operadora anterior.



ADITIVO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES
CONTRATOS - COLETIVO EMPRESARIAL



ANS - n° 41728-9

ANS - n° 395480

Congêneres participantes

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

Documentação obrigatória

Anexar os seguintes documentos:

a) Carta de permanência contendo a informação de data de inclusão (se não tiver, precisa de algum documento que comprove a data da inclusão para validar o tempo de permanência) e adimplência (caso não conste, enviar os 03 últimos comprovantes de pagamento) + o aditivo de redução de carência.

OU

b) Carteirinha da plano anterior contendo a data de inclusão + 03 últimos comprovantes de pagamento + aditivo de redução de carência.

Obs: O plano anteriormente contratado deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo, 60 (sessenta) dias do início de vigência do novo produto escolhido.

	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. Declaro ter recebido cópia desta Proposta de Redução de Carência e CPT e que estou de acordo com os seus termos. Estou ciente de que a possibilidade de redução de carências será analisada de forma individual, para cada proponente, e de que essa possibilidade está subordinada à análise e à aprovação de documentos por parte da Operadora. 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