



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



ANS - n° 41728-9

ANS - nº 34840-6

Condições de carências para proponentes provenientes de operadoras listadas na "relação de operadoras congêneres" referidas neste aditivo.

Grupo de Benefícios	REDUÇÃO 3126
Urgência e Emergência	24 horas
Consultas Médicas, Exames Laboratoriais e Raio X Simples	Inseto
Fisioterapias, Ultrassonografias e Mamografias	90 dias
Demais procedimentos	90 dias
Parto a Termo	300 dias
Cobertura Parcial Temporária para lesões ou Doenças Preexistentes	24 meses

3124 Carência contratual - todos os beneficiários.

3126 Para proponente que possui plano de saúde anterior no qual tenha permanência mínima de 12 (doze) meses ininterruptos. O proponente deve ser oriundo de um plano de operadora contratante da "Relação de operadoras congêneres", listada neste aditivo. O plano anteriormente contratado pelo proponente deve estar com a última parcela quitada há, no máximo, 60 (sessenta) dias do início da vigência do benefício decorrente desta Proposta.

Congêneres Participantes

A redução de carência é válido para o titular e seus dependentes, quando oriundos de todas as seguradoras e das seguintes operadoras: Amil, Bradesco, Unimed, Unihosp e Sul América.



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



ANS - n° 41728-9

ANS - nº 34840-6

Documentação Obrigatória

Serão exigidas cópias dos seguintes documentos para que ocorra a redução das carências ora estabelecida:

- a)** 3 (três) últimos boletos da Operadora anterior quitados, não podendo ultrapassar 60 (sessenta) dias da data de vencimento do último boleto pago;
- b)** Cópia do cartão ou da proposta de adesão da operadora anterior (obrigatória data de início no cartão) ou;
- c)** Carta de permanência original da operadora anterior contendo todos os dados do contrato anterior como data de início do contrato, nome dos beneficiários com a respectiva data de inclusão, data do último pagamento e data de exclusão/cancelamento (este documento substitui os documentos citados na letra "a" e "b" acima).

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 Unimed Federação RN. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão as normas do contrato principal.

Local e data: _____

Nº da proposta contratual: _____

Nome do titular / responsável: _____

CPF: _____

Nome do corretor: _____ Código: _____

CPF: _____

Assinatura do Corretor

Assinatura do Responsável