

Objeto

Esta proposta tem por finalidade propiciar a todos os beneficiários inscritos na Proposta de Adesão, a concessão de redução dos prazos de carência e dos prazos para o início das coberturas de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças ou lesões preexistentes, definidas na Declaração de Saúde de cada um dos beneficiários e 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, após análise, inscritos na Proposta Contratual. Os prazos da carência reduzida nesta proposta são válidos na contratação dos produtos **SMART**.

Da documentação

A AllCare remeterá pelos correios os documentos dos beneficiários nos quais constarão seus direitos, incluindo os prazos de carência após a análise técnica da Declaração de Saúde e demais documentos solicitados nas Normas para Promoções de Vendas vigentes.

Dos novos prazos para carência

Reduzem-se os prazos previstos nas cláusulas sobre Carências, de acordo com a tabela que se segue, para os benefícios constantes das cláusulas Consulta Médica, Atendimento de Urgência e Emergência em Pronto-socorro, Exames e Tratamentos Ambulatoriais e Internações Hospitalares.

Grupo	Coberturas e Procedimentos	CONTRATO	PADRÃO	REDUÇÃO 1
1	Atendimentos de Urgência e Emergência	24 horas	24 horas	24 horas
2	Consultas Médicas - Rede Própria	30 dias	24 horas	24 horas
3	Consultas Médicas - Rede Credenciada	30 dias	30 dias	15 dias
4	Exames simples - Rede Própria	30 dias	30 dias	15 dias
5	Exames simples - Rede Credenciada	30 dias	30 dias	15 dias
6	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero - Rede Própria	180 dias	60 dias	30 dias
7	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero - Rede Credenciada	180 dias	60 dias	30 dias
8	Exames especiais, terapias especiais, internações clínicas e cirúrgicas, e demais procedimentos exceto os grupos 10 e 11 - Rede Própria	180 dias	180 dias	90 dias
9	Exames especiais, terapias especiais, internações clínicas e cirúrgicas, e demais procedimentos exceto os grupos 10 e 11 - Rede Credenciada	180 dias	180 dias	90 dias
10	Transplantes, implantes, terapia imunobiológica, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética; Internações psiquiátricas, diálise/hemodiálise, cirurgias refrativa e obesidade mórbida 1	180 dias	180 dias	180 dias
11	Partos a Termo	300 dias	300 dias	300 dias
12	Cobertura Parcial Temporária	720 dias	720 dias	720 dias
13	Odonto: urgência e emergência, diagnóstico, intervenção clínica, extração simples	24 horas	24 horas	24 horas
14	Odonto: radiologia, prevenção em saúde bucal, dentística, cirurgia, periodontia, endodontia	60 dias	60 dias	60 dias

Critérios

- Carência contratual:** Para todos os beneficiários acima de 60 (sessenta) anos e 68 (sessenta e oito) anos no caso de sócios.
- Carência padrão:** Para beneficiários sem plano anterior.
- Redução 1:** A partir de 12 (doze) meses de permanência na operadora anterior, sendo planos oriundos de operadoras com registro na ANS e planos regulamentados.

Documentação Obrigatória

Anexar os últimos 3 **boletos** devidamente quitados (sendo o último com atraso máximo de 30 dias a contar do seu último vencimento não pago) e **cópia do cartão de identificação** e/ou **declaração de tempo de permanência da operadora anterior** carimbada e assinada (atualizada e original) de cada beneficiário relacionado abaixo:

	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.
- Proponente com até 58 (cinquenta e oito) anos.



PROPOSTA DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E CPT
COLETIVOS POR ADESÃO

Válido até
Maio 2018



ANS - n° 41728-9

ANS n° 359017

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. 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