

Objeto

Este aditivo 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, inscritos na Proposta Contratual, observados os **planos escolhidos e as faixas etárias**. Os prazos das carências reduzidas dos Aditivos de Redução de Carência Grupo B, Grupo C, Grupo D e Grupo E são válidos apenas na contratação dos produtos **CNU**.

Da documentação

A AllCare remeterá pelos correios os documentos dos beneficiários nos quais constarão seus direitos, incluindo os prazos de carência e os prazos para o início das coberturas para doenças e lesões preexistentes, 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 de Benefícios	GRUPO B	GRUPO C	GRUPO D	GRUPO E
Urgência e Emergências	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
Consultas, exames e terapias simples	1 dia	1 dia	1 dia	30 dias
Exames especiais e terapias	90 dias	30 dias	30 dias	180 dias
Internação	180 dias	120 dias	60 dias	180 dias
Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

Vigência da CPT Cobertura Parcial Temporária para Doenças Preexistentes	GRUPO B	GRUPO C	GRUPO D	GRUPO E
Estarão sujeitos a CPT as internações cirúrgicas os leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidades Neonatal, Coronariana ou Semi-intensiva) ou os procedimentos de alta complexidade para doenças preexistentes, identificados no Rol de Procedimentos da ANS – RN 262.	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses
Não haverá redução dos prazos para os casos de cirurgia bariátrica em obesidade mórbida, transplante, cirurgia de refração, diálise e hemodiálise, neurocirurgia, cirurgia ortopédica para hérnia de disco, desvios de coluna e de articulações, quimioterapia e radioterapia e uso de próteses, órteses e material de osteossíntese.	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses

ANS - nº 33967-9

ANS - nº 41728-9

Folha 2/2

GRUPO B

Válido para clientes com até 58 (cinquenta e oito) anos (inclusive), sem plano prévio ou com permanência até 6 (seis) meses em planos regulamentados de operadoras congêneres, exceto clientes oriundos do Sistema Unimed.

GRUPO C

Válido para clientes com até 58 (cinquenta e oito) anos (inclusive), permanência acima de 06 (seis) meses e até 12 (doze) meses em planos regulamentados de operadoras congêneres, exceto clientes oriundos do Sistema Unimed.

GRUPO D

Válido para clientes com até 58 (cinquenta e oito) anos (inclusive), permanência acima de 12 (doze) meses em planos regulamentados de operadoras congêneres, exceto clientes oriundos do Sistema Unimed.

GRUPO E

Carência Contratual.

Congêneres

Allianz, Amil - exceto linha Dix, Care Plus, Bradesco Saúde, Marítima, Omint, Sul América, Notre Dame, Lincx, Medial, One Health, BB Seguros, Porto Seguro, Gama Saúde, Golden Cross, Caixa Seguros, Pro Saúde, Cassi.

Documentação Obrigatória

Cópia das Carteirinhas, Comprovação de início de vigência do plano anterior e 3 últimos boletos pagos.

A compra de carência deverá seguir as seguintes condições:

- ✓ Mesma acomodação ou inferior ao plano anterior;
- ✓ Mesma abrangência ou inferior ao plano anterior;
- ✓ Somente para os Planos regulamentados;
- ✓ Somente para os produtos - Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.

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 Central Nacional Unimed. 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