



## Objeto

Este aditivo tem por finalidade propiciar a todos os segurados inscritos na Proposta de Adesão, a concessão de redução dos prazos de carência previstos em lei, contados a partir da vigência do seguro, aos proponentes elegíveis a essa redução e, de acordo com os critérios ora previstos.

## Das normas para o cadastramento dos segurados

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 **Promocional, 1 e 2** são válidos apenas na contratação dos produtos **NDS 117, NDS 127, NDS 132, NDS 142, NDS 147, NDS 172 e NDS 192**.

## Da documentação

A AllCare remeterá pelos correios os documentos dos segurados 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 seguros constantes das cláusulas Consulta Médica, Atendimento de Urgência e Emergência em Pronto-socorro, Exames e Tratamentos Ambulatoriais e Internações Hospitalares.

Item	Coberturas e Procedimentos	CARÊNCIA CONTRATUAL	CARÊNCIA PROMOCIONAL	REDUÇÃO 1	REDUÇÃO 2
1	Atendimentos decorrentes de urgência e emergência	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
2	Consultas Médicas, exames e terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero	30 dias	15 dias	24 horas	24 horas
3	Demais procedimentos, exceto os grupos 4 e 5	180 dias	180 dias	90 dias	24 horas
4	Transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética; Internações psiquiátricas, diálise/hemodiálise, cirrose hepática, cirurgias refrativas e obesidade	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
5	Parto a Termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias
6	Cobertura Parcial Temporária	720 dias	720 dias	720 dias	720 dias



## Critérios

PROMOCIONAL Válido para todos os clientes

REDUÇÃO 1 Válido para clientes com Plano anterior compatível com permanência mínima de 06 (seis) a 12 (doze) meses

REDUÇÃO 2 Válido para clientes com Plano anterior compatível com permanência superior a 12 (doze) meses

## Documentação Obrigatória

### Para proponentes oriundos de planos de saúde coletivos empresariais ou por adesão:

a) Declaração da Pessoa Jurídica contratante, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando:

- a operadora contratada;
- tipo de plano e padrão de acomodação em internação;
- período de permanência;
- relação de segurados (titular e dependentes), com as respectivas datas de início e fim de cobertura.

b) Comprovantes dos 02(dois) últimos pagamentos quitados.

## Terão Direito a Redução

- Proponente que o seu plano de origem seja equivalente ao plano adquirido.
- Proponente sem Cobertura Parcial Temporária.
- Proponente oriundos de planos regulamentados pela Lei nº 9.656/98.
- Proponente com até de 58 (cinquenta e oito) anos.
- Proponente advindo de operadora/seguradora participante, conforme identificação abaixo.

**CONGÊNERES PARTICIPANTES:** Allianz, Amil, Bradesco, Cabesp, Care Plus, Golden Cross, Intermédica, Lincx, Marítima, Medial, Mediservice, Omint, One Health, Porto Seguro, Sul América, Tempo, Unimed e Auto Gestões puras patrocinadas por empregadoras.

## 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 Notredame Seguros. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão as normas do contrato principal.

Declaro ter recebido cópia deste Aditivo de Redução de Carências e 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 aprovação de documentos por parte da Seguradora. Estou ciente também de que os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas neste Aditivo 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