

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 Pessoal 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 desta proposta o titular e seus dependentes, após análise, inscritos na Proposta de Adesão. Os prazos da carência reduzida nesta proposta são válidos na contratação dos produtos SMART, ADVANCE e PREMIUM.

DA DOCUMENTAÇÃO

A VOCÊ CLUBE DE BENEFÍCIOS remeterá pelos correios os documentos dos beneficiários nos quais constarão seus direitos, incluindo os prazos de carência após a análise técnica da Declaração Pessoal 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.

As partes devidamente qualificadas na Proposta de Adesão ao **CONTRATO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO - PROPOSTA N.º** _____, quais sejam, **GRUPO NOTREDAME INTERMÉDICA**, a **VOCÊ CLUBE DE BENEFÍCIOS** e **PROPONENTE TITULAR** resolvem, de comum acordo, convencionar a presente "Proposta de Carência", e pelas Cláusulas a seguir transcritas.

1. DA PROPOSTA

Esta "Proposta de Carência" é parte integrante da Proposta de Adesão em epígrafe para todos os fins de direito.

GRUPO	DESCRIÇÃO DE GRUPO	CONTRATUAL	PADRÃO	RED. 01	RED. 02
1	Atendimentos de Urgência e Emergência	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS
2	Consultas Médicas - Rede Própria	30 DIAS	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS
3	Consultas Médicas - Rede Credenciada	30 DIAS	30 DIAS	15 DIAS	24 HORAS
4	Exames simples - Rede Própria	30 DIAS	30 DIAS	15 DIAS	24 HORAS
5	Exames simples - Rede Credenciada	30 DIAS	30 DIAS	15 DIAS	24 HORAS
6	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero - Rede Própria	180 DIAS	60 DIAS	30 DIAS	24 HORAS
7	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero - Rede Credenciada	180 DIAS	60 DIAS	30 DIAS	24 HORAS
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	60 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	60 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	120 DIAS
11	Partos a termo	300 DIAS	300 DIAS	300 DIAS	300 DIAS
12	Cobertura Parcial Temporária	720 DIAS	720 DIAS	720 DIAS	720 DIAS

Carências Odontológicas

GRUPO	PROCEDIMENTOS	CONTRATO	PADRÃO	RED. 01	RED. 02
13	Urgência e Emergência, Diagnóstico, Intervenção Clínica, Extração Simples.	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS
14	Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Cirurgia, Periodontia, Endodontia.	60 DIAS	60 DIAS	60 DIAS	60 DIAS

CONTRATUAL - Válido para clientes com idade acima de 59 anos.

PADRÃO - Válido para clientes sem plano anterior, com idade até 58 anos 11 meses e 29 dias.

REDUÇÃO 1:

- Linha Smart: Clientes oriundos de planos de operadoras com registro na ANS e planos regulamentados, com permanência mínima de 12 meses.

- Linha Advance e Premium: Clientes oriundos de planos compatíveis de operadoras congêneres constantes na lista abaixo, com permanência mínima de 6 meses e máxima de 11 meses e 29 dias.

REDUÇÃO 2:

- Linha Smart: Clientes oriundos de planos compatíveis de operadoras congêneres constantes na lista abaixo, com permanência mínima de 12 meses.

- Linha Advance e Premium: Clientes oriundos de planos compatíveis de operadoras congêneres constantes na lista abaixo, com permanência mínima de 12 meses.

Obs.: Não havendo compatibilidade, será aplicada a tabela de redução 1.

Local e Data

Assinatura do Proponente Titular

1ª via - Você Clube

2ª via - Beneficiário

Lista de Operadoras Congêneres:

Allianz, Amil, Bradesco, Cabesp, Care Plus, Golden Cross, Notre Dame Intermédica, Lincx, Marítima, Medial, Mediservice, Omint, One Health, Porto Seguro, SulAmérica, Tempo, Unimed's e Auto Gestões Puras Patrocinadas pelas empregadoras.

2. DOS DEMAIS TERMOS

As demais disposições contratuais descritas na proposta de adesão indicada nesta proposta de carência mantêm-se inalteradas.

Declaro estar de acordo com os termos desta proposta de carência e da qual me foi entregue uma cópia para todos os fins e termos da adesão ao CONTRATO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO epigrafado.

CRITÉRIOS
 CARÊNCIA CONTRATUAL

 CARÊNCIA PADRÃO

 CARÊNCIA RED. 01

 CARÊNCIA RED. 02
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:

	NOME	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 oriundos de planos regulamentados pela Lei nº 9.656/98.
- Proponente com até de 58 (cinquenta e oito) anos, 11 meses e 29 dias.

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 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 condicionada à análise e aprovação de documentos por parte do GRUPO NOTREDAME INTERMÉDICA.

Estou ciente também de que os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas nesta proposta de carência 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: _____

Local e Data

Assinatura do Proponente Titular