

Razão social (estipulante)

CNPJ

### Informações complementares do grupo segurável

Responda os itens abaixo com as informações relativa ao grupo segurável apresentado:

1. Existem pessoas afastadas no grupo?  Sim  Não. Se sim, informar quantas, por qual motivo e há quanto tempo:

2. Existem pessoas em tratamento de doenças crônicas no grupo?  Sim  Não. Se sim, informar abaixo quantas e quais tratamentos e encaminhar relatório médico dos casos relatados, informando o diagnóstico, estado de saúde atual e evolução da doença.

3. Existem internados atualmente no grupo?  Sim  Não. Se sim, informar quantos, o motivo e o tempo de internação e encaminhar o relatório médico dos casos relatados, informando o diagnóstico, estado de saúde atual e evolução da doença.

4. Existem pessoas em Home Care no grupo?  Sim  Não. Se sim, informar quantas, o motivo e o tempo:

5. Informar a **quantidade de pessoas que internaram para tratamento das patologias abaixo** relacionadas e **encaminhar relatório médico dos casos relatados, informando o diagnóstico, estado de saúde atual e evolução da doença.**

Preencha com "0" (zero) caso não tenha nenhum caso para a patologia.:

Patologia	Pacientes	Patologia	Pacientes	Patologia	Pacientes	Patologia	Pacientes
Câncer		Diabetes/Hipertensão		Renais		Doenças de sangue	
Cardíacas		Vasculares		Neurológicas		Bucamaxilofacial	
Infectocontagiosas		Obesidade		Coluna		Reumatológicas	

6. Informar a quantidade de pessoas que realizaram os tratamentos ambulatoriais abaixo relacionados e encaminhar relatório médico dos casos relatados, informando o diagnóstico, estado de saúde atual e evolução da doença. Preencha com "0" (zero) caso não tenha nenhum caso para a patologia.:

Patologia	Pacientes	Patologia	Pacientes
Câncer (radioterapia ou quimioterapia)		Doenças renais (diálise ou hemodiálise)	
Cardíacas ou vasculares (angioplastia)		Neurológicas ou ortopédicas (fisioterapia)	
Outros:			

7. Existem pessoas em processo de investigação diagnóstica ou preparação para alguma cirurgia?

Sim  Não. Se sim, informar quantas e quais processos ou preparos e encaminhar relatório médico dos casos relatados, informando o diagnóstico, estado de saúde atual e evolução da doença:

8. Existem pessoas que realizaram alguma cirurgia?  Sim  Não. Se sim, informar quantas e por qual motivo e encaminhar o relatório médico dos casos relatados, informando o diagnóstico, estado de saúde atual e evolução da doença:

9. Existem pessoas com doenças congênitas, hereditárias ou genéticas (como transtornos do metabolismo (ex: mucopolissacaridose, doença de Fabry, de Gaucher, de Pompe, mucopolidose, entre outras), epidermólise bolhosa, amiloidose familiar, síndrome de Down, Síndrome de Arnold-Chiari, imunodeficiência combinada grave, entre outras)?

Sim Não. Se sim, informar quantas e e quais doenças e encaminhar relatório médico dos casos relatados, com diagnóstico, estado de saúde atual e evolução da doença:

---

---

10. Existem gestantes no grupo? Sim Não. Se sim, informar quantas, o tempo de gestação e se é feto único ou gemelar.

---

---

11. Existem gestantes que estão em acompanhamento de diabetes gestacional ou de hipertensão arterial associada à gestação (eclampsia e pré-eclampsia) ou com alteração identificada no ultrassom? Sim Não. Se sim, informar qual situação e encaminhar o último ultrassom realizado:

---

---

12. Existem pessoas que sofrem ou sofreram, tiveram sintomas ou já realizaram tratamento para qualquer outra patologia não relacionada às questões anteriores?

Sim Não. Se sim, especificar a doença, o tratamento, quando ocorreu e e encaminhar relatório médico dos casos relatados, com diagnóstico, estado de saúde atual e evolução da doença:

---

---

## Declaração

Declaramos, para todos os fins, que os participantes do grupo segurável ora apresentado são elegíveis ao plano, de acordo com a legislação de Saúde Suplementar vigente e com as condições comerciais negociadas entre as partes.

Estamos cientes de que:

- i) Os custos e condições comerciais são calculados com base nas informações fornecidas pela empresa contratante à Allianz Saúde e que, na hipótese de haver alterações em relação à composição do grupo segurável e/ou das informações de risco apresentadas, os valores e condições descritos na Proposta Comercial poderão sofrer alterações.
- ii) Na hipótese de não haver a inclusão de todo o grupo segurado nas datas previstas para a implantação, a inclusão posterior poderá acarretar o cumprimento de carências pelos segurados.
- iii) Caso haja alterações no perfil de risco apresentado entre a emissão da proposta comercial e o início de vigência da apólice, estas alterações devem ser imediatamente comunicadas pela empresa contratante à Allianz Saúde.
- iv) Caso seja identificada pela Allianz Saúde a omissão ou alteração no perfil do risco apresentado para a emissão da proposta comercial, seja antes do início de vigência da apólice ou com a vigência já em curso, a Allianz Saúde fará a revisão dos custos (prêmios) para sua adequação à real composição do risco e/ou utilizará outros mecanismos de regulação (agravo, CPT, Stop Loss), que têm por objetivo garantir o equilíbrio financeiro da apólice, podendo até proceder com a rescisão da apólice conforme previsão contratual.

E, por serem verdadeiras as informações contidas neste Termo de Responsabilidade e Anuência, firmamos abaixo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Representante legal  
(Assinatura sob carimbo)

ANS - Nº 00051-E