

Empresa com até:	Inclusão:	Portabilidade de carências	Alteração de plano:
<input type="checkbox"/> até 29 vidas <input type="checkbox"/> 30 vidas ou mais	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente	RN/ANS nº 438/18 <input type="checkbox"/> 1 ano <input type="checkbox"/> 2 anos	<input type="checkbox"/> Upgrade <input type="checkbox"/> Downgrade

DADOS CADASTRAIS E DOCUMENTAÇÃO PARA INCLUSÃO

Todos os campos desta proposta indicados com símbolo asterisco (*) são de preenchimento obrigatório. Caso o proponente indique dependentes menores de 18 (dezoito) anos que não possuam CPF, o titular deverá informar o seu próprio CPF.

As informações cadastrais aqui prestadas fazem parte integrante da Proposta de Inclusão.

É obrigatória a assinatura e o preenchimento do campo 'local e data de preenchimento' pelo proponente titular e/ou seu representante legal na Proposta de Inclusão e na Carta de Orientação ao Beneficiário, sendo que o local, a data e a assinatura devem ser os mesmos em ambos os documentos.

A data de início de vigência de titulares e dependentes deve acompanhar o mesmo dia de vigência da apólice. Em caso de dúvidas, consulte o seu RH ou o Corretor.

Para a realização da inclusão, além da Proposta de Inclusão Saúde devidamente preenchida, será necessário o envio dos documentos de elegibilidade a seguir descritos:

Fica dispensado o preenchimento da Declaração de Saúde se a inclusão estiver relacionada ao exercício da portabilidade de carências.

Atenção! Se o plano de destino possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, a Declaração de Saúde deverá ser preenchida.

Titular: documentos comprobatórios de vínculo empregatício:

- Empregados: carteira de trabalho (páginas com foto, qualificação e registro de empregado), relação FGTS ou ficha de registro (contendo no mínimo os dados dos documentos pessoais, além das informações da contratação);
- Sócios/Administradores: contrato social e última alteração, devidamente registrados perante o órgão competente;
- Estagiários e menores aprendizes: contrato de estágio/contrato de aprendizagem devidamente certificado;
- Prestadores de Serviços: Contrato da empresa prestadora e contrato de prestação de serviços entre as partes;
- Protocolo ANS em casos de portabilidade de carências (RN 438). Informar o número do protocolo nos dados cadastrais.

Dependentes: documentos comprobatórios de vínculo com o beneficiário titular:

- Cônjuge: certidão de casamento;
- Companheiro(a): declaração de união estável (pública ou particular);
- Filhos: certidão de Nascimento ou RG;
- Enteado: certidão de nascimento ou RG + vínculo com cônjuge ou companheiro do titular;
- Adotado: certidão de nascimento, termo de guarda ou decisão judicial.

DADOS DO SEGURADO (*) Preenchimento obrigatório conforme RN nº 295/2012 da ANS e IN nº 50/DIDES.

Estipulante*			Nº da apólice*		
Subestipulante			Nº do subestipulante		
Nome do titular*			CPF*		
Nº protocolo RN 438	RG/RNE	Órgão expedidor	Nº cartão nacional de saúde (CNS)*		
PIS/PASEP*	Data de nascimento* / /	Município de nascimento*	Estado civil*	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Nome da mãe*			E-mail*		
Endereço*			Bairro*	Cidade*	
UF*	CEP*	Tel. residencial ()	Tel. celular* ()	Tel. comercial ()	
Data de admissão* / /	Cargo*	Departamento			
Início do seguro* / /	Plano*	Registro do empregado	Centro de custo		

DADOS BANCÁRIOS PARA REEMBOLSO (Exclusivamente conta corrente)

Banco	Nº	Nº agência	Nº conta corrente	Dígito
-------	----	------------	-------------------	--------

DADOS DOS DEPENDENTES (campo obrigatório se tiver dependente)

Dependente 1
 Nome* Parentesco* Data de nascimento* / / Idade* Sexo* Data de início do seguro / /

CPF* Nome da mãe* N° cartão nacional de saúde* (CNS)

Município de nascimento/UF* N° da declaração de nascido vivo N° protocolo RN 438 RG/RNE Estado civil*

Dependente 2
 Nome* Parentesco* Data de nascimento* / / Idade* Sexo* Data de início do seguro / /

CPF* Nome da mãe* N° cartão nacional de saúde* (CNS)

Município de nascimento/UF* N° da declaração de nascido vivo N° protocolo RN 438 RG/RNE Estado civil*

Dependente 3
 Nome* Parentesco* Data de nascimento* / / Idade* Sexo* Data de início do seguro / /

CPF* Nome da mãe* N° cartão nacional de saúde* (CNS)

Município de nascimento/UF* N° da declaração de nascido vivo N° protocolo RN 438 RG/RNE Estado civil*

Dependente 4
 Nome* Parentesco* Data de nascimento* / / Idade* Sexo* Data de início do seguro / /

CPF* Nome da mãe* N° cartão nacional de saúde* (CNS)

Município de nascimento/UF* N° da declaração de nascido vivo N° protocolo RN 438 RG/RNE Estado civil*

INFORMAÇÕES - DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1. Ao preencher a Declaração Pessoal de Saúde, o proponente tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela Allianz Saúde. Caso o proponente opte por ser orientado por um médico de sua livre escolha, as despesas com os honorários serão de sua responsabilidade.
2. A Declaração Pessoal de Saúde tem o objetivo de informar a existência de doenças e/ou lesões preexistentes que o proponente saiba ser portador ou sofredor no momento da assinatura da Proposta de Inclusão, tanto com relação a si próprio quanto a qualquer de seus dependentes.
3. Ao declarar doença ou lesão preexistente, caso a apólice a qual o proponente se vinculará tenha menos de 30 (trinta) segurados, serão oferecidas as seguintes opções de cobertura:
 - 3.1. **Cobertura Parcial Temporária** – É a cobertura que admite, durante o prazo de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de inclusão do segurado na apólice, a suspensão da cobertura de procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade (PAC), relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo segurado ou seu representante legal quando do preenchimento da presente Proposta de Inclusão. Os procedimentos de alta complexidade são definidos e atualizados periodicamente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
 - 3.2. **Agravo** – É o acréscimo no valor do prêmio do seguro saúde dos proponentes portadores de doenças ou lesões preexistentes, a fim de possibilitar que estes tenham acesso integral às coberturas contratadas, alternativamente à adoção de cláusula de cobertura parcial temporária. Esse acréscimo terá como referência a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.
4. Caso sejam identificadas pela Allianz Saúde doenças ou lesões preexistentes não declaradas nesta Proposta de Inclusão, a Seguradora comunicará imediatamente o proponente para que manifeste-se sobre o assunto, podendo oferecer a este a Cobertura Parcial Temporária ou Agravo caso de fato a doença ou lesão preexistente seja constatada, ou ainda solicitar abertura de processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, denunciando a omissão da informação por parte do proponente.
5. Caso a ANS entenda que o proponente omitiu a existência de doenças e lesões preexistentes no preenchimento desta Proposta de Inclusão, a Allianz Saúde poderá suspender ou excluir o proponente da apólice por fraude, hipótese em que o proponente será responsável pelo pagamento das despesas com o tratamento da doença ou lesão preexistente omitida, nos termos da RN nº 162/2007, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.



CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público, vem por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

Q'S WG' 'C'F GENCTCŸi Q'F G'UC—F GA

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção. Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

CQ'F GENCTCT'CU'F QGPŸ CU'GIQWNGUŃ GUS' WG'Q'DGP GHIEKŸ TIK'UCŃDC'UGT'RQTVCFQT'PQ'' O QO GPVQ'F'C'EQPVTCVCŸi Q<

A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS. A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais. No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato. Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

CQ'Pi Q'F GENCTCT'CU'F QGPŸ CU'GIQWNGUŃ GUS' WG'Q'DGP GHIEKŸ TIK'UCŃDC'UGT'RQTVCFQT'' PQ'O QO GPVQ'F'C'EQPVTCVCŸi Q<

A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação. Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada. Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no site: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Beneficiário		Intermediário entre a operadora e o beneficiário	
Local _____	Data / / _____	Local _____	Data / / _____
Nome _____		Nome _____	
Assinatura _____		CPF _____	
		Assinatura _____	

DECLARAÇÃO DE SAÚDE - TITULAR E DEPENDENTES

Relacionamos no questionário abaixo doenças e tratamentos que podem ter acometido você ou seus dependentes. Para respondê-lo, avalie se vocês têm ou tiveram diagnosticadas as patologias ou doenças abaixo ou se foram indicados a algum tratamento médico e sinalize de **próprio punho** com “**S**” (sim) ou “**N**” (não). Havendo alguma resposta afirmativa, esclareça no quadro ‘*Esclarecimentos*’, abaixo do questionário.

Item	Descrição
1	Informar o peso e a altura do titular e seus dependentes nos quadros abaixo.

Titular	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4
Peso _____ Altura _____	Peso _____ Altura _____	Peso _____ Altura _____	Peso _____ Altura _____	Peso _____ Altura _____

Item	Pergunta	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep.4
2	Você está em processo de investigação diagnóstica ou preparação para alguma cirurgia? Se sim, informar qual e quando será realizada.					
3	Você já foi internado ou realizou alguma cirurgia? Se sim, informar quando e por qual motivo.					
4	Doenças do aparelho cardiocirculatório como coronariopatias, angina, infarto, pressão alta, arritmias, aneurisma de aorta, cirurgias cardíacas anteriores, insuficiência cardíaca, valvulopatias, doenças cardíacas congênitas, coração artificial, entre outras.					
5	Doenças do sangue como anemia crônica, anemia falciforme, púrpuras, talassemias, transtornos de coagulação (ex: hemofilia, doença de von Willebrand, entre outros).					
6	Doenças vasculares como varizes, trombose arterial e venosa, má-formação vascular, hemangiomas entre outras.					
7	Doenças imunológicas e do colágeno ou autoimunes como HIV, AIDS e suas complicações, lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatoide, artrite gotosa (Gota), espondilite anquilosante, entre outras.					
8	Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, bócio, nódulos de tireoide, tireoidites, obesidade, dislipidemias, alteração do ácido úrico, entre outras).					
9	Doenças do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta como asma, bronquite, enfisema, DPOC, pneumonia de repetição, fibrose cística pulmonar, diminuição da audição, sinusite e desvio de septo nasal, amigdalites de repetição, entre outras.					
10	Doenças do aparelho digestivo como doença de CROHN, doença inflamatória intestinal, diverticulite, colite, pólipos, pancreatite, doença do fígado (cirrose, hepatites), hérnia de hiato, gastrites, úlceras, entre outras.					
11	Doenças ortopédicas como artrose, hérnia de disco, doenças de articulações (joelhos, ombros, bacia etc.), deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, deformidades ósseas congênitas (lordose, escoliose, encurtamento de membros, osteogênese imperfeita (ossos de vidro), etc.), fraturas de repetição, entre outras.					
12	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares como dores de cabeça constantes, enxaqueca, acidente vascular cerebral, derrame, aneurisma cerebral, paralisia cerebral, tetraplegia, paraplegia, esclerose lateral amiotrófica (ELA), esclerose múltipla, doença de Parkinson, Alzheimer, epilepsia, autismo, distúrbios de atenção e doenças congênitas do sistema nervoso, tumores benignos (ex: craniofaringeoma, adenomas, etc.), meningites, entre outras.					
13	Doenças do aparelho urinário como cálculo renal, insuficiência renal crônica ou aguda, hemodiálise, diálise parenteral ou outras diálises, infecção urinária de repetição, incontinência urinária, doenças congênitas do aparelho urinário, entre outras.					

