



Aditivo ao Contrato de Adesão

Proposta nº

Contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão.

Início da vigência do benefício: ____ / ____ / 20 ____	Entidade: _____	Matrícula (uso exclusivo da Administradora de Benefícios)
---	--------------------	---

PROPONENTE TITULAR

Nome completo	
(continuação)	CPF

Este aditivo é parte integrante da Proposta acima referida e visa alterar o Aditivo de Redução de Carências. Ressalvadas as previsões constantes no “Aditivo de Redução de Carências”, todas as demais cláusulas e condições contempladas na Proposta permanecem inalteradas.

Local e data ____, ____ / ____ / ____
--

Assinatura eletrônica do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório

Aditivo de Redução de Carências

Proposta nº

Contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão.

Este Aditivo de Redução de Carências é parte integrante da Proposta acima referida e visa conceder prazos de carência reduzidos, exceto para parto a termo, contados a partir do início de vigência do benefício, aos proponentes elegíveis a essa redução. Para que o proponente seja elegível à redução de carências, devem ser respeitadas as condições a seguir:

- O beneficiário deverá ser oriundo exclusivamente de plano com segmentação assistencial Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia ou Referência.
- Possuir um plano de saúde da “Relação de operadoras congêneres”, listada a seguir neste aditivo.
- O plano anteriormente contratado deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo, 60 (sessenta) dias do início de vigência do benefício decorrente desta Proposta.
- O beneficiário deve ter permanecido no contrato anterior, mantido com a Operadora Congênera em vigência superior a 6 (seis) meses, conforme quadro de carências disposto a seguir neste aditivo.

NÃO serão reduzidas carências para proponentes que se enquadrem em qualquer uma das seguintes condições:

- Oriundos de planos cuja segmentação seja diferente de Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia ou Referência.
- Oriundos de planos não regulamentados e/ou adaptados à Lei 9.656/98.

RELAÇÃO DE OPERADORAS CONGÊNERES

Allianz	Dix Saúde	Mediservice	Santa Helena
Ameplan	Fundação Itaú (Auto Gestão Itaú)	Omint	São Cristóvão
Amil	Geap	One Health	Saúde Casseb
Assefaz	GNDI (Notre Dame Intermédica)	Pame	Saúde Sim
BB Seguros	Golden Cross	PlanSaúde (Hospital Bom Samaritano)	Slam
Bio Vida	Green Line	Plena Saúde	Sompo Seguros
Bradesco Saúde	Hapvida	Porto Seguro	Sul América
Caixa Seguros (Rede Gama e Saúde Caixa)	Lincx	Promédica	Transmontano
Care Plus	Marítima	Quallity Pró Saúde	União Médica
Cassi	Medial	SAMEL	Unihosp
			Unimed's (incluindo FAMA)

TABELA DE CARÊNCIAS

Procedimentos	Carência contratual	Tempo de plano anterior (6 a 11 meses)	Tempo de plano anterior (A partir de 12 meses)
Urgências e Emergências	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas	0 (zero) hora
Consultas eletivas	30 (trinta) dias	24 (vinte e quatro) horas	0 (zero) hora
Exames Básicos- aqueles não considerados como complexos	30 (trinta) dias	24 (vinte e quatro) horas	0 (zero) hora
Exames Especiais- exames classificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, como Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) ou com Diretriz de Utilização (DUT)	180 (cento e oitenta) dias	60 (sessenta) dias	0 (zero) hora
Procedimentos Terapêuticos especiais	180 (cento e oitenta) dias	90 (noventa) dias	0 (zero) hora

Aditivo de Redução de Carências

Proposta nº

Contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão.

Procedimentos	Carência contratual	Tempo de plano anterior (6 a 11 meses)	Tempo de plano anterior (A partir de 12 meses)
Tratamento Psicoterápico de Crise	180 (cento e oitenta) dias	90 (noventa) dias	0 (zero) hora
Tratamentos Cirúrgicos Ambulatoriais	180 (cento e oitenta) dias	150 (cento e cinquenta) dias	0 (zero) hora
Internações Clínicas, Cirúrgicas, Psiquiátricas e Obstétricas	180 (cento e oitenta) dias	150 (cento e cinquenta) dias	0 (zero) hora
Parto a termo	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Atendidas as condições para a redução de carências, deve cada proponente, obrigatoriamente, anexar cópia legível dos documentos a seguir, para análise e aprovação da Operadora.

Para proponentes oriundos de planos de saúde individuais ou familiares:

- comprovante dos 3 (três) últimos boletos da Operadora anterior quitados (não podendo ultrapassar 60 (sessenta) dias da data de vencimento do último boleto pago);
- cópia do cartão ou da Proposta de Adesão da Operadora anterior (obrigatória data de início no cartão); ou
- carta de permanência original da Operadora anterior contendo todos os dados do contrato anterior como data de início do contrato, nome dos beneficiários com a respectiva data de inclusão, data do último pagamento e data de exclusão/cancelamento (este documento substitui os documentos citados nas alíneas “a” e “b” acima e terá prazo de validade de 60 (sessenta) dias).

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

- declaração da Operadora/ Administradora anterior, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, que terá o prazo de validade de 60 (sessenta) dias, informando:
 - a operadora contratada;
 - tipo de plano e acomodação em internação;
 - relação de beneficiários (titular e dependentes), com as respectivas datas de início e fim de cobertura.
- cópia do cartão, frente e verso.

Aditivo de Redução de Carências

Proposta nº

Contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão.

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 Operadora. 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 descritas no *Manual do Beneficiário*.

Local e data

_____, ____ / ____ / ____

Assinatura eletrônica do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório

Código de identificação do angariador

Nome completo do angariador / vendedor

CPF do angariador / vendedor

Uso exclusivo da corretora

Nome completo do supervisor

CPF ou CNPJ do supervisor

EM CASO DE DÚVIDA, LIGUE PARA:

CENTRAL DE VENDAS QUALICORP:

Grande São Paulo: **(11) 3178-4000**

Outras localidades: **0800-777-4004**