

Este aditivo tem por finalidade propiciar a todos os beneficiários inscritos na **Proposta 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, relacionadas às doenças ou lesões preexistentes, definidas na **Declaração de Saúde** de cada um dos beneficiários e de acordo com o contrato e os direitos do plano escolhido.

1. DAS NORMAS PARA O CADASTRAMENTO DOS BENEFICIÁRIOS

Terão direito aos benefícios desde aditivo o titular e seus dependentes, com idade até 58 (cinquenta e oito) anos, inclusive, inscritos na **Proposta Contratual**, observados os planos escolhidos e as faixas etárias.

2. DA DOCUMENTAÇÃO

A **Você Clube** remeterá pelos correios os documentos dos beneficiários 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**.

3. DOS NOVOS PRAZOS PARA CARÊNCIA

Reduzem-se os prazos previstos nas cláusulas sobre Carências, de acordo com 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.

Grupo de Carências	Coberturas, Serviços Médicos e Hospitalares	Carência Contratual	Redução de Carências
A	Casos de Urgências e Emergências.	24 (vinte e quatro) horas	0
B	Consultas médicas e exames simples relacionados nas alíneas “a” até “g” do subitem 3.2.2. da Cláusula de Coberturas, das Condições Gerais.	15 (quinze) dias	0
C	Fisioterapia, exceto em casos de acidente pessoal.	15 (quinze) dias	0
D	Parto a termo.	300 (trezentos) dias	300 dias
E	Demais casos.	180 (cento e vinte) dias	0

Cobertura Parcial Temporária para Doenças Preexistentes	CPT Padrão	Redução de Carência
Estarão sujeitos a CPT as internações cirúrgicas os leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidades Neonatal, Coronariana ou Semi-intensiva) ou os procedimentos de alta complexidade para doenças preexistentes, identificados no Rol de Procedimentos da ANS – RN 262.	24 meses	24 meses
Não haverá redução dos prazos para os casos de cirurgia bariátrica em obesidade mórbida, transplante, cirurgia de refração, diálise e hemodiálise, neurocirurgia, cirurgia ortopédica para hérnia de disco, desvios na coluna e de articulações, quimioterapia e radioterapia e uso de próteses, órteses e material de osteossíntese.	24 meses	24 meses

Local e Data

Assinatura do Beneficiário Titular

CRITÉRIOS**CARÊNCIA CONTRATUAL**

Válido para todos os beneficiários.

**REDUÇÃO DE CARÊNCIA**

Válido para beneficiários com permanência mínima de 6 (seis) meses do Contrato da congênera anterior.

Congêneres Participantes

A redução de carência é válida para o titular e seus dependentes quando oriundos de todas as seguradoras e das seguintes operadoras: Allianz, Marítima, Sul América, Tempo, Care Plus, Omint, Unimed, Amil/Medial, Golden Cross, Porto Seguro, Cassi, Mediservice, One Health, São Bernardo Saúde, Notredame e Lincx.

Documentação Obrigatória

Anexar os últimos 3 boletos devidamente quitados (sendo o último há menos de 30 dias) e cópia de identificação e/ou declaração de tempo de permanência da operadora anterior carimbada e assinada (atualizada e original) de cada beneficiário relacionado abaixo:

Dados Cadastrais	Operadora Atual	Plano Atual	Desde	Último Pagamento	Código a Carência a Cumprir
Titular					
Dep 1					
Dep 2					
Dep 3					
Dep 4					
Dep 5					

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 deste Aditivo de Redução de Carências e que estou de acordo com os seus termos. Estou ciente de que a possibilidade de redução de carência será analisada de forma individual, para cada proponente, e de que essa possibilidade está subordinada à análise e à 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 foram elegíveis à redução de carência 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