

Este Requerimento de Redução de Carências é parte integrante da proposta acima referida e visa conceder prazos de carência reduzidos, exceto Parto a Termo (cujo prazo de carência permanece sendo de 300 dias), contados a partir do início da vigência do benefício, aos proponentes elegíveis a essa redução. Atendidas as condições para a redução, e após análise e aprovação da administradora/operadora, serão praticados os prazos estabelecidos na «Tabela de redução» deste Requerimento.

NÃO TERÁ DIREITO A REDUÇÃO

- Proponente oriundo de planos exclusivamente hospitalares ou ambulatoriais.
- Proponente portadores de doenças ou lesões preexistentes declaradas na «Declaração de Saúde» na proposta adesão.
- Proponente oriundos de planos não regulamentados pela Lei nº 9.656/98.
- Proponente a partir de 59 (cinquenta e nove) anos.

ATENÇÃO: a opção por plano com padrão de acomodação em internação superior ao do plano anterior implicará o cumprimento das carências contratuais integralmente, para os casos de internação.

A redução de carência prevista abaixo, só possui validade após análise e aprovação da administração da operadora.

Os eventos relacionados a internações e a procedimentos e/ou terapias de alta complexidade de qualquer tipo, que tenham sua carência reduzida em função do presente Requerimento, somente poderão ser realizados em Hospitais e/ou Serviços Próprios ou exclusivamente indicados pela operadora.

1. TABELA DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA

Grupo de Carências	Carência Normal Contrato	Redução de Carência - Beneficiário			
		Promocional*	06 a 12 meses	13 a 18 meses	mais 18 meses
00- Urgências e Emergências	24 h	24 h	24 h	24 h	24 h
01- Urgências e Emergências	180 dias	30 dias	24 h	24 h	24 h
02- Consultas médicas eletivas	180 dias	30 dias	30 dias	15 dias	10 dias
03- Exames especiais	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias	15 dias
04- Exames especiais	180 dias	150 dias	60 dias	30 dias	15 dias
05- Internações	180 dias	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias
06, 07, 08- Internações e exames especiais	180 dias	180 dias	120 dias	90 dias	30 dias
09, 10, 11, 12 e 13- Internações e procedimentos	180 dias	180 dias	120 dias	90 dias	60 dias
14- Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

*Para usuário que não possui plano de saúde anterior

Parágrafo Único: Às doenças e lesões preexistentes serão aplicados o prazo de 24 (vinte e quatro) meses de cobertura parcial temporária (CPT) nos termos da Carta de Orientação ao Beneficiário.

2. TABELA PROMOCIONAL DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA (PARA USUÁRIO QUE NÃO POSSUI PLANO DE SAÚDE ANTERIOR)

Grupo de Carências	Prazo para Aquisição do Direito de Uso
0	24 (vinte e quatro) horas
1	30 (trinta) dias
2	30 (trinta) dias
3	90 (noventa) dias
4	150 (cento e cinquenta) dias
5	180 (cento e oitenta) dias
6,7,8	180 (cento e oitenta) dias
9,10,11,12 e 13	180 (cento e oitenta) dias
Parto a Termo	300 (trezentos) dias

Parágrafo Único: Às doenças e lesões preexistentes serão aplicados o prazo de 24 (vinte e quatro) meses de cobertura parcial temporária (CPT) nos termos da Carta de Orientação ao Beneficiário.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Para efeito de aproveitamento de carências a **GREEN LINE** reserva-se no direito de aceitar apenas (i) beneficiários oriundos de planos regulamentados e (ii) com permanência mínima comprovada em outra operadora.

- O proponente deve possuir um plano de saúde anterior, com permanência mínima a partir de 06 (seis) meses ininterruptos.
- O plano anterior deve estar com a última parcela quitada há, no máximo, 30 (trinta) dias da vigência desta proposta.

Para proponentes oriundos de planos de saúde individuais ou familiares:

a) Contrato de Pessoa Física ou cartão de identificação com data de início no plano anterior.

b) Comprovantes dos três últimos pagamentos quitados.

Na ausência de algum documento do item «a» ou «b» referidos anteriormente, será aceita declaração da operadora e cópia(s) da(s) carteirinha(s), atestando:

- o tipo de plano e padrão de acomodação em internação, a relação de beneficiários (titular e dependentes) e a data de início e fim de cobertura.

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

a) Declaração da Pessoa Jurídica contratante, em papel timbrado com carimbo de CNPJ e cópia(s) da(s) carteirinha(s), informando:

- a operadora contratada.
- tipo de plano e padrão de acomodação em internação.
- relação de beneficiários (titular e dependentes), com as respectivas datas de início e fim de cobertura.

b) Comprovantes dos três últimos pagamentos quitados.

Relação de congêneres aceitas pela Operadora: Amil / Bradesco / Golden Cross / Intermedica / Maritima / Omint / São Cristovão / Porto Seguro / Sulamerica / Unimed / Allians Saúde / Saude Caixa / Sampo / Santa Helena.

Proponente	Operadora anterior	Tempo de plano	Acomodação	Item de redução
Titular				
Dependente 1				
Dependente 2				
Dependente 3				
Dependente 4				

A redução das carências prevista pelo presente **REQUERIMENTO** não altera ou invalida as demais cláusulas contratuais.

Declaro ter recebido cópia deste requerimento 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 requerimento e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências contratuais. E, por estarem de acordo, firmam o presente requerimento as partes, em duas vias de igual teor e forma.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal