

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

Este Aditivo de Regras de Carências é parte integrante da proposta acima referida e visa prestar ciência ao proponente de suas carências por tipo de cobertura do plano de saúde coletivo por adesão contratado.

PRAZO DE CARÊNCIA

Quadro de Carências

Grupo de Carências	Procedimento	Carência Contratual	Carência Promocional	Carência Reduzida
1	Atendimento em prontos-socorros em caso de urgência e emergência	24 horas	24 horas	24 horas
2	Consultas e exames simples em regime ambulatorial	180 dias	30 dias	30 dias
3	Procedimentos ambulatoriais e exames especializados	180 dias	60 dias	60 dias
4	Exames e análises clínicas, cirurgias ambulatoriais e exames para diagnósticos	180 dias	90 dias	60 dias
5	Exames e tratamentos de alta complexidade	180 dias	150 dias	60 dias
6	Interações clínicas e cirúrgicas, procedimentos de complexidade	180 dias	180 dias	180 dias
7	Parto a Termo	300 dias	300 dias	300 dias
8	Doenças e lesões pré-existentes	720 dias	720 dias	720 dias

Carência Contratual: Válido para beneficiários sem plano anterior

Carência Reduzida: Válido para beneficiários que tenha permanecido no mínimo

06 (seis) meses em plano anterior de uma operadora / seguradora devidamente regulamentada pela ANS

Carência promocional válida até set/2021.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

1. Cópia do cartão de identificação da operadora de origem constando a data da vigência.
2. 03 (três) últimos comprovantes de pagamento do plano de origem, sendo que o último boleto quitado não poderá ultrapassar 60 (sessenta) dias entre a data de seu pagamento e a data de início da vigência da Proposta de Adesão Biovida.
3. Ou Carta de Permanência da operadora ou administradora de origem, sendo esta origem em papel timbrado e assinado, onde deverá constar início de vigência, plano contratado, segmentação assistencial, acomodação e a data do último pagamento.
4. Não soma-se períodos de diversas operadoras, sendo válido o período de permanência somente da última operadora.

	Dados Cadastrais	Data de nascimento	Plano atual	Desde	Cumprir Carência da Coluna
Titular					
Dep. 1					
Dep. 2					
Dep. 3					
Dep. 4					
Dep. 5					
Plano Contratado	Contrato vigente em:				
Documentação anterior entregue: () 3 últimos boletos () Cópia de cartão (ões) () Cópia do Contrato () Declaração de Operadora Anterior					

Não serão reduzidas as carências nos casos abaixo relacionados:

- Proponentes oriundos de planos exclusivamente hospitalares ou ambulatoriais;
- Proponentes oriundos de contratos não regulamentados pela lei 9.656/98.

Declaro ter ciência dos valores e das regras estabelecidas nas normas para promoções e tabela de vendas que foram apresentadas, e que este aditivo somente terá validade e efeito após aprovação por parte de Operadora. Caso não aprovado, prevalecerão as carências do contrato principal.

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 aprovação de documentos por parte da Operadora.

Estou ciente também de que os proponentes que não se enquandrem nas condições descritas neste Aditivo e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências contratuais ou promocionais conforme regra vigente neste aditivo.

Declaro ter recebido cópia deste Aditivo de Redução de Carência e estou acordo com os seus termos.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal