

Vigência: 01/02/2023 a 31/03/2023

CONDIÇÃO PROMOCIONAL PME

01- CONDIÇÃO PROMOCIONAL DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Esta proposta estabelece uma condição promocional para o momento da contratação e consiste na redução dos prazos de carência, previstos nas condições gerais do presente contrato, que será aplicada desde que os pré-requisitos estabelecidos a seguir tenham sido cumpridos pelo Contratante.

PRAZOS DE CARÊNCIA		CARÊNCIAS PROMOCIONAIS				
		NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 3	NÍVEL 4	NÍVEL 5
GRUPO	DESCRIÇÃO	PRAZO				
1	Urgência ou Emergência	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
2	Consultas Médicas	0	0	0	0	0
3	Análises Clínicas, Anatomia Patológica (exceto sob sedação ou vídeo), Raio-X Simples e Eletrocardiograma	0	0	0	0	0
4	Ultrassonografia, Audiometria, Impedanciometria e Eletroneuromiografia	60 dias	30 dias	0	0	0
5	Radiologia Contrastada, Eletroencefalograma, Endoscopia Digestiva, Testes Oftalmológicos e Otorrinolaringológicos, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, demais Exames e Procedimentos Ambulatoriais	120 dias	90 dias	60 dias	30 dias	24 horas
6	Psicoterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia e demais Terapias Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outros.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
7	Internamentos Clínicos e Cirúrgicos	120 dias	90 dias	60 dias	30 dias	24 horas
8	Parto a Termo	300 dias				
9	Cobertura Parcial Temporária - CPT	730 dias				
10	ODONTO: Urgência/Emergência, Diagnóstico, Curativo, Intervenção Clínica, Extração Simples	24 horas				
11	ODONTO: Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Cirurgia	60 dias				
12	ODONTO: Periodontia, Endodontia, Prótese Provisória	90 dias				

Critérios:

Cliente sem plano de saúde - Nível 01

Até 03 meses de permanência em operadora anterior - Nível 02

De 04 meses a 05 meses de permanência em operadora anterior - Nível 03

De 06 meses a 11 meses de permanência em operadora anterior - Nível 04

De 12 meses ou mais de permanência em operadora anterior - Nível 05

CONDIÇÃO PROMOCIONAL EXTRA

Para os contratos PME de segmentação obstétrica, com 10 ou mais vidas, firmados entre os dias **01/02/2023 a 31/03/2023**, inclusive, a carência para partos será reduzida para 24 horas contadas da assinatura da proposta de contratação, desde que o parto seja realizado no Hospital Santa Brígida (Curitiba/PR) e/ou no Hospital do Coração de Londrina – Unidade Bela Suíça (Londrina/PR).

As carências promocionais descritas neste composto promocional, se concedidas, serão aplicadas tão somente aos beneficiários informados no momento da contratação.

2 – DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA

A - Beneficiários advindos de Plano Pessoa Física:

- carta de permanência com data de inclusão e exclusão;
- cópia do contrato celebrado com Seguradora/Operadora anterior; ou
- cópia do cartão de identificação da congênere, desde que contenha a data de início de vigência; e
- cópia dos 02 (dois) últimos comprovantes de pagamento com a Seguradora/Operadora anterior, com inadimplência até 60 dias (da data do vencimento original até a data da assinatura da proposta).

B - Beneficiários advindos de Plano Empresarial/Adesão:

- carta de permanência com data de inclusão e exclusão;
- carta original da empresa em que trabalha(ou) ou Administradora (no caso de Planos Coletivos por Adesão), com o período de permanência, plano e acomodação na congênere anterior; e
- carta original da Seguradora/Operadora, com o período de permanência, plano e acomodação; ou
- cópia do cartão de identificação da congênere, desde que contenha a data de início de vigência.

ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

A entrega da documentação deverá ocorrer, obrigatoriamente, no momento da contratação do (s) plano (s) da NDI SUL e encaminhada junto com a Proposta de Contratação Coletiva Empresarial – PME – 2020.09.001.

A NDI SUL reserva-se o direito de analisar a documentação encaminhada e, caso não sejam cumpridos as condições estabelecidas, os prazos de carência não serão reduzidos, permanecendo os prazos contratuais.

NOME DOS BENEFICIÁRIOS COM REDUÇÃO DE CARÊNCIA

1- _____



- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____
- 6- _____
- 7- _____
- 8- _____
- 9- _____
- 10- _____
- 11- _____
- 12- _____
- 13- _____
- 14- _____
- 15- _____
- 16- _____
- 17- _____
- 18- _____
- 19- _____
- 20- _____
- 21- _____
- 22- _____
- 23- _____
- 24- _____
- 25- _____
- 26- _____
- 27- _____

28- _____

29- _____

03 – DECLARAÇÃO

O CONTRATANTE declara estar ciente de que a proposta de redução de carência, descrita neste composto, se concedida, é uma condição promocional aplicada tão somente aos beneficiários informados no momento da contratação.

Estou ciente ainda que:

(i) a Operadora poderá utilizar meus dados de contato registrados nesta Proposta, e as atualizações que eu venha a fazer durante o período de vigência do meu contrato, para o envio de avisos, notificações e comunicações relacionados ao benefício contratado.

(ii) que serão admitidas outras formas de assinatura para esta Proposta, desde que assegurem a sua autenticidade e sejam legalmente permitidas. Aceito como válido o meio tecnológico adotado para o aceite digital desta Proposta, conforme termos dos normativos vigentes.

(iii) que a Operadora poderá realizar a coleta, uso, armazenamento, tratamento e proteção dos dados pessoais do beneficiário titular e se houver, do beneficiário dependente e/ou agregado, incluindo, mas não se limitando: nome, endereço, CPF, profissão, telefone e e-mail, conforme permitido pela legislação aplicável.

(iv) de que estes dados serão utilizados com o objetivo de atuar na viabilização, comercialização e administração dos produtos de assistência médica e/ou odontológica, no cumprimento de obrigações perante os órgãos reguladores, no atendimento à eventuais demandas judiciais e/ou para outras finalidades descritas na Política de Privacidade da NotreDame Intermédica Sul. Para mais informações, acesse <https://www.gndisul.com.br/politicas-de-privacidade>.

(v) da obtenção de fotografia do tipo selfie no ato da contratação extraída por funcionalidade do próprio sistema para fins de garantia da prevenção à fraude e à segurança do beneficiário titular, nos processos de identificação e autenticação de cadastro em sistemas eletrônicos, que poderá ser comparada às fotos dos documentos apresentados e comprovar a autenticidade desta contratação.

Local e data_____
Assinatura do Representante Legal