

PROPOSTA DE REDUÇÃO - PME (01 A 29 VIDAS) - VERSÃO 40

01- CONDIÇÃO PROMOCIONAL DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA (01 A 29 VIDAS)

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

PRAZOS DE CARÊNCIAS PME		CARÊNCIAS				
		CONTRATO	PROMOCIONAL 2 A 10 VIDAS	PROMOCIONAL 11 A 29 VIDAS	RED. 1	RED. 2
GRUPO	DESCRIÇÃO DO GRUPO	PRAZO				
1	Atendimento de Urgência/Emergência	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS
2	Consultas Médicas - Rede Própria	30 DIAS	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS
3	Consultas Médicas - Rede Credenciada	30 DIAS	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS
4 e 5	Exames Simples - Rede Própria e Rede Credenciada	30 DIAS	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS
6 e 7	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero - Rede Própria e Rede Credenciada	180 DIAS	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
8	Exames Especiais - Rede Própria e Credenciada	180 DIAS	180 DIAS	90 dias	90 DIAS	30 dias
	Internações (clínicas e cirúrgicas) e demais procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 - Rede Própria e Credenciada *					
9	Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Diálise e Hemoterapia e Terapias Especiais com DUT (Terapia Antineoplásica Oral, Terapia Imunobiológica, Terapias isoladas ou multidisciplinares com métodos específicos - ABA, BOBATH e outras) e outros procedimentos cobertos não previstos nos demais itens - Rede Própria e Credenciada	180 DIAS	180 DIAS	180 DIAS	180 DIAS	180 DIAS
10	Transplantes, Implantes, Internações Cirúrgicas com uso de Próteses e Órteses ligadas ao ato cirúrgico; Internações Psiquiátricas, Cirurgias Refrativas e Bariátricas (Obesidade Mórbida) *	180 DIAS	180 DIAS	180 DIAS	180 DIAS	90 DIAS
11	Partos a termo na Rede Própria *	300 DIAS	300 DIAS	300 DIAS	300 DIAS	300 DIAS
	Partos a termo na Rede Credenciada *	300 DIAS				
12	Cobertura Parcial Temporária	720 DIAS				
13	Odonto: Urgência e Emergência, Diagnóstico, Intervenção Clínica, Extração Simples	24 HORAS				
14	Odonto: Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Cirurgia, eriodontia, Endodontia	60 DIAS				

* Não se aplica a linha SMART AMBULATORIAL, pois plano sem direito a internação

Padrão 2 a 10 vidas = A) Carência padrão para contratos de 2 a 10 vidas sem plano anterior.

Padrão 11 a 29 vidas = B) Carência padrão para contratos de 11 a 29 vidas sem plano anterior.

Redução 1 = SMART 150 ABC, SMART 150 SOROCABA, SMART 150 GRANDE RIO E SMART 200 e Smart Ambulatorial = De 03 meses a 12 meses de permanência em outra Operadora. Condição para planos oriundos de operadoras com registro na ANS e planos regulamentos.

A PARTIR DE SMART 300 = De 06 a 12 meses de permanência em outra Operadora.

A) Linha Advance, Premium: para planos compatíveis e participantes da lista de operadoras abaixo.

B) Linha Smart: para planos oriundos de operadoras com registro na ANS e planos regulamentados

Redução 2 = Acima de 12 meses de permanência:

Linha GreenLine, Smart, Advance Premium: Para planos compatíveis e participantes da lista de operadoras abaixo.

Não havendo compatibilidade será aplicada a redução 1.

OPERADORAS PARTICIPANTES:

Allianz, Amha Atibaia, AMHEMED, Amil (Next, Medial, Lincx, One Health, Sobam e Santa Helena), Ana Costa Saúde, Assim Saúde, Biovida, Blue Med, Bradesco, Caberj, Cabesp, Care Plus, Cemeru, Cemil, Climed - Atibaia, Garantia de Saúde, Golden Cross, Haoc, Sompo, (Marítima), Medical Health, Mediservice, Omint, Plena Saude, Porto Seguro, Samaritano Saúde, Santa Casa (Bragança), Santa Casa de Mauá, São Cristovão, São Miguel Saúde, Saúde Beneficência, Saúde Santa Tereza, Sulamérica, Tempo, Trasmontano, NotreDame Seguradora, Vera Cruz, GoCare, Unihosp, Unimed e auto gestões puras patrocinadas pelas empregadoras.

**As carências promocionais, se concedidas, serão aplicáveis somente aos beneficiários que ingressem no momento da contratação.

Nota: Redução de carências para planos oriundos das operadoras participantes, haverá possibilidade de up grade de 1 nível de plano, limitado ao Advance.

02 - DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA:

1- Beneficiários advindos de Plano Pessoa Física:

- 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;
- 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).

2- Beneficiários advindos de Plano Empresarial/Adesão:

- carta original da empresa em que trabalha(ou) ou Administradora (no caso de Planos de 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 NotreDame Intermédica e encaminhada com a Proposta de Contratação Coletiva Empresarial - PME.

A NotreDame Intermédica 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 de carência normais.

NOME DOS BENEFICIÁRIOS COM REDUÇÃO DE CARÊNCIA

1-

2-

3-

4-

5-

6-

03 - DECLARAÇÃO

O Contratante declara estar ciente de que a proposta de redução de carência é uma condição promocional para o momento da contratação, e será aplicado somente mediante apresentação dos documentos no item 2.

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 nalidades descritas na Política de Privacidade do Grupo Hapvida NotreDame Intermédica. Para mais informações, acesse <https://www.gndi.com.br/politicas-de-privacidade>.

_____ de _____ de _____.

Assinatura do Representante Legal