

ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Planos Individual e Familiar / Grupo

O presente aditivo é parte integrante do Contrato de Assistência Médica Hospitalar e Proposta de Adesão Individual e Familiar nº _____

I. Alteram-se as carências definidas na Cláusula 15 do referido Contrato, aplicando-se aos **BENEFICIÁRIOS** passíveis de redução, nas formas a seguir estabelecidas:

NÃO SERÃO REDUZIDAS AS CARÊNCIAS PARA:

- Os **BENEFICIÁRIOS** com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.
- Os prazos previstos nos Grupos de Carências 0, 1 e 6 da Cláusula 15 do Contrato.
- Os **ex-BENEFICIÁRIOS** de planos exclusivamente ambulatoriais, sistema de cartão de desconto e similares.
- As coberturas opcionais de EMD (Emergência Médica Domiciliar + Coleta de Exames + Safety Air) e Assistência Internacional.
- Os **BENEFICIÁRIOS** com inadimplência superior a 90 (noventa) dias, contados a partir da data de vencimento da última mensalidade quitada do plano anterior.
- Doenças e lesões preexistentes, conforme informações constantes na Declaração de Saúde.

II. Os documentos abaixo devem ser obrigatoriamente anexados a este Aditivo, para análise e aprovação da Unimed Paulistana:

Plano anterior Individual/Familiar:

a) Contrato, especificando nome do Titular e/ou Dependentes, com data de início do plano anterior ou Declaração em papel timbrado da Operadora atestando tempo de permanência no plano anterior:

() SIM () NÃO

b) Carteira de identificação do Plano, especificando nome do titular e/ou seus dependentes:

() SIM () NÃO

c) Comprovante dos três últimos pagamentos quitados:

() SIM () NÃO

Plano anterior Empresarial:

a) Declaração em papel timbrado, especificando nome do titular e/ou seus dependentes, com data de início e prazo de permanência no plano anterior:

() SIM () NÃO

b) Cópia do Registro de trabalho na empresa:

() SIM () NÃO

c) A documentação entregue contempla todos os integrantes desta Proposta de Adesão:

() SIM () NÃO

Fica estabelecido o prazo máximo de 15 dia úteis, a partir da vigência do contrato, para a entrega dos documentos faltantes. Após este prazo não será concedida a redução de carências.

III. TABELA VÁLIDA PARA OS PLANOS DAS OPERADORAS CONGÊNERES

Item de Redução	Tempo de Plano Anterior (meses)	Grupo de Carência da Cláusula 15					
		1	2	3	4	5	6
1	6 a 12	30 dias	60 dias	90 dias	120 dias	150 dias	300 dias
2	13 ou mais	30 dias	30 dias	30 dias	60 dias	90 dias	300 dias

OPERADORAS CONGÊNERES

Todas as Operadoras devidamente registradas na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

PARA USO EXCLUSIVO DA UNIMED PAULISTANA

Beneficiários	TODOS	TITULAR	DEP. 1	DEP. 2	DEP. 3	DEP. 4	DEP. 5
Item para redução							

Declaro estar de acordo com os termos deste Aditivo emitido em duas vias de igual teor, ciente que a redução será concedida após a aprovação dos documentos.

São Paulo, de de .

Assinatura Unimed Paulistana

Assinatura do Titular ou do Resp.
quando menor de 18 anos