

| | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------|------------|--------------------|--------------|------------|
| 00 | 0000000 | PROPOSTA DE ADMISSÃO PLANO DE SAÚDE - HOSPITALAR | | | | ANS 30.214-7 | |
| NOME DO PROPONENTE (NÃO ABREVIAR) | | | | | | | |
| NASCIMENTO | | RG | ÓRG. EMIS. / UF | CPF | PIS | | |
| SEXO | ESTADO CIVIL | PROFISSÃO / ATIVIDADE | | | TELEFONE | | |
| E-MAIL | | | | | | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL | | | | | CELULAR | | |
| BAIRRO | CIDADE | | UF | CEP | | | |
| NOME DA MÃE (NÃO ABREVIAR) | | | | | | | |
| NOME DO RESPONSÁVEL (NÃO ABREVIAR) | | | | | GRAU DE PARENTESCO | | |
| RG | ÓRG. EMIS. / UF | | CPF | TELEFONE | | | |
| E-MAIL | | | | | | | |
| ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA | | | | | | | |
| BAIRRO | CIDADE | | UF | CEP | | | |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | | | MATRÍCULA | | | |
| APÓS OS ESCLARECIMENTOS A RESPEITO DE CADA UM DOS PLANOS DE SAÚDE ATIVOS PARA COMERCIALIZAÇÃO, OPTEI PELO: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PLANO PREVENT SENIOR XXXXXXXX (ANS XXX.XXX/XX-X) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> REDUÇÃO DE CARÊNCIA <input type="checkbox"/> PORTABILIDADE (ASSINALE SOMENTE EM CASO DE SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA/PORTABILIDADE) | | | | | | | |
| NOME DO CORRETOR | | NR. | | R.G. | | | |
| Tabela de vencimentos bancários | Data da Proposta de Admissão | De 01 a 05 | De 06 a 10 | De 11 a 15 | De 16 a 20 | De 21 a 25 | De 26 a 31 |
| | Vencimento da mensalidade | Dia 05 | Dia 10 | Dia 15 | Dia 20 | Dia 25 | Dia 30 |
| TERMO DE OPÇÃO | | | | | | | |
| DECLARO TER CONHECIMENTO DO INTEIRO TEOR DAS CONDIÇÕES DO PLANO DE SAÚDE OBJETO DESTA PROPOSTA. ESTOU CIENTE QUE O CONTRATO TERÁ VIGÊNCIA, PARA TODAS AS FINALIDADES LEGAIS E CONTRATUAIS, A PARTIR DA CONFIRMAÇÃO DO PAGAMENTO DA PRIMEIRA MENSALIDADE. | | | | | | | |
| _____ de _____ de _____ | | | | | | | |
| LOCAL | | | | | | | |
| TRATAMENTO E COMPARTILHAMENTO DE DADOS | | | | | | | |
| AUTORIZO A PREVENT SENIOR E AS DEMAIS EMPRESAS DO GRUPO ECONÔMICO A TRATAR OS DADOS PESSOAIS E DE SAÚDE PARA QUE, EM CONJUNTO COM PRESTADORES DE SERVIÇO E REDE CREDENCIADA, POSSA PRESTAR O SERVIÇO, OBJETO DESTES CONTRATOS, DE FORMA EFICIENTE. | | | | | | | |
| _____ | | | | | | | |
| ASSINATURA DO CORRETOR | | | | | | | |

RECIBO

Recebemos a importância de R\$ _____ (_____), correspondente à primeira parcela do plano de saúde prevent senior, objeto desta proposta. Este recibo passa a ser válido exclusivamente após a confirmação de pagamento.

RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Declaro haver recebido, nesta data, os documentos referidos na cláusula 21.2, página 23, do presente contrato.

_____, _____ de _____ de _____

Nome do(a) beneficiário(a) ou responsável

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

O presente aditivo tem por objeto a realização da portabilidade de carências.

Em conformidade com as informações prestadas e com os documentos comprobatórios apresentados pelo proponente, ficam dispensados os prazos de carência para atendimento em saúde, em razão da dedução do período cumprido no plano de saúde anterior, contratado em ___/___/_____ com a Operadora _____.

Fica o proponente ciente de que após o início da vigência de seu contrato de plano de saúde junto a Prevent Senior, deverá solicitar o cancelamento do plano de saúde anterior diretamente com a operadora de origem no prazo de 5 (cinco) dias, devendo arquivar o protocolo de cancelamento, pois a Prevent Senior poderá solicitá-lo a qualquer momento.

Fica ciente o proponente que na hipótese de não cancelamento do plano de saúde de origem no prazo anteriormente referido, estará sujeito ao cumprimento do período de carências e cobertura parcial temporária (CPT), estabelecido no contrato ora celebrado.

Fica ciente o proponente que, ressalvadas as hipóteses de portabilidade previstas nos artigos 8º, 12º e 13º da Resolução Normativa ANS no 438/18, caso a portabilidade seja exercida durante o período de internação, a mesma será invalidada pela Prevent Senior, estando o proponente sujeito ao cumprimento das carências e cobertura parcial temporária (CPT), estabelecido no Contrato de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares (Contrato de Assistência Médica) objeto deste termo aditivo, e ao pagamento das custas decorrentes de coberturas assistenciais porventura já utilizadas, por descumprimento das regras de portabilidade.

Fica, ainda, concedida a garantia de não reajuste da mensalidade a partir dos 50 anos, decorrente de mudança de faixa etária, referido na cláusula 18.1 do contrato.

E, finalmente, fica ciente que, ao preencher a proposta do Contrato de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares (Contrato de Assistência Médica) e o presente aditivo, esta recebendo as respectivas condições gerais do contrato, que foram lidas, entendidas e aceitas em todos os seus termos, fazendo parte integrante do presente.

_____, _____ de _____ de _____

Nome do(a) beneficiário(a) ou responsável

Nome do intermediário entre Operadora e beneficiário(a)

Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 591 1156 / 3003 6284

Assinatura do intermediário entre Operadora e beneficiário(a)

Serviço de Atendimento ao Cliente para Deficientes Auditivos
0800 770 0110

www.preventsenior.com.br

CPF do intermediário entre Operadora e beneficiário(a)