

00	0000000	PROPOSTA DE ADMISSÃO PLANO DE SAÚDE - HOSPITALAR	ANS 30.214-7
----	---------	---	---------------------

NOME DO PROPONENTE (NÃO ABREVIAR)

NOME SOCIAL (SE HOUVER)

NASCIMENTO RG ÓRG. EMIS. / UF CPF PIS

SEXO ESTADO CIVIL PROFISSÃO / ATIVIDADE TELEFONE

E-MAIL

ENDEREÇO RESIDENCIAL

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:

PLANO PREVENT SENIOR XXXXXXXX (ANS XXX.XXX/XX-X)

REDUÇÃO DE CARÊNCIA 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 APÓS A CONFIRMAÇÃO DO PAGAMENTO DA PRIMEIRA MENSALIDADE. DECLARO, AINDA, SABER QUE A DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DEVERÁ SER OBSERVADA PARA CONTAGEM DAS CARÊNCIAS ESTABELECIDAS NESTE CONTRATO CELEBRADO COM A **PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA** DE SAÚDE LTDA., DEVIDAMENTE REGISTRADA JUNTO À ANS SOB O Nº **30.214-7**, EXCETO PARA SITUAÇÕES EM QUE HÁ PORTABILIDADE OU REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

_____, _____ 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

Prevent Senior Private Operadora de Saúde Ltda.

Via-proponente

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 9.1 do Contrato de Assistência Médica.

_____, _____ 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 _____.

Caso o plano contratado possua coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, poderá ser exigido pela Prevent Senior, neste caso, o preenchimento de formulário de Declaração de Saúde (DS) com possibilidade de alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem.

Para os casos de portabilidade exercidos na forma do artigo 8º da RN 438/18, onde o beneficiário esteja vinculado ao plano de origem há menos de 300 (trezentos) dias, este estará sujeito, quando cabível, aos períodos de carências do plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem.

De igual modo, o beneficiário admitido na Prevent Senior através do benefício estabelecido no artigo 8º da RN 438/18, e que esteja cumprindo cobertura parcial temporária no plano de origem, se sujeitará aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino. Na hipótese de o beneficiário estar pagando agravo (III, artigo 2º da RN nº 558/22) e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem, poderá exercer a portabilidade de carências, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 180 (cento e oitenta) dias, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado, caso essa possibilidade seja ofertada pela Prevent Senior.

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.

E, finalmente, tenho ciência que fica concedida a garantia de não reajuste da mensalidade a partir dos 44 anos de idade, 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

CPF do intermediário entre Operadora e beneficiário(a)