**ADITAMENTO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA AO INSTRUMENTO DE COMERCIALIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE – (01 A 29 VIDAS)**

|  |
| --- |
| **A) DAS PARTES**: **Contratante:** **Contratada: CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL** |
| **B) DO INSTRUMENTO DE COMERCIALIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE:**  **Número:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Vigência**: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  **Denominação:** neste Aditamento, o mencionado contrato e respectivos anexos / módulos / proposta de admissão serão doravante denominados simplesmente **CONTRATO**. |
| **C) DO ADITIVO:** **Vigência: 01/09/2019**\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Por este aditamento fica estabelecida a **redução dos prazos de carências**, conforme regras a seguir:

**OBJETO 1 –** A redução de carência prevista na tabela do Objeto 3 aplica-se apenas aos usuários que preencherem os 3 (três) requisitos abaixo:

a) o beneficiário deverá ser oriundo exclusivamente de **Plano Referência** ou **Plano Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia** de **Operadora Congênere**, conforme Objeto 2 deste aditamento;

b) a exclusão do contrato celebrado com a Operadora Congênere e a inclusão no CONTRATO ora aditado **não poderá ter um intervalo superior a 30 (trinta) dias**;

c) o beneficiário deve ter permanecido no contrato anterior, mantido com a Operadora Congênere em vigência superior a 6 (seis) meses.

**OBJETO 2** – Ficam estabelecidas as seguintes Operadoras Congêneres para efeito deste aditamento: **Allianz, Amil (exceto linha Dix e Next), Auto Gestão Itaú, One Health, Lincx, Care Plus, Bradesco Saúde, Cassi, Fundação Itaú, Sompo Seguros, Omint, Sul América, GNDI (Notre Dame Intermédica), Caixa Seguros, Porto Seguro, São Cristóvão, Santa Helena, Ameplan, Unihosp, Green Line, Transmontano, Plan Saúde, Bio Vida e outras Unimed’s.**

**OBJETO 3 –** Segue abaixo a **tabela de redução de carências** ao beneficiário que se enquadrar aos requisitos estabelecidos nos objetos acima, conforme a seguir:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Eventos** | **Prazo de carência e CPT** | **Tempo de plano anterior****(06 a 11 meses)** | **Tempo de plano anterior****(A partir de 12 meses)** |
| Urgência e Emergência na Segmentação Ambulatorial | 24 horas | 24 hs | 0 |
| Consultas Eletivas | 30 dias | 24 hs | 0 |
| Exames simples  | 30 dias | 24 hs | 0 |
| Exames complexos (exames classificados no rol de procedimentos da ANS como PAC ou com DUT) | 180 dias | 90 dias | 0 |
| Terapias  | 180 dias | 90 dias | 0 |
| Tratamento Psicoterápico de Crise | 180 dias | 90 dias | 0 |
| Tratamentos Cirúrgicos Ambulatoriais | 180 dias | 150 dias | 0 |
| Internações Clínicas, Cirúrgicas, Psiquiátricas e Obstétricas | 180 dias | 150 dias | 0 |
| Parto a termo | 300 dias | 300 dias | 300 dias |
| Cobertura Parcial Temporária para Eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade Relacionados com Doenças ou Lesões Preexistentes  | 24 meses | 24 meses | 24 meses |

**OBJETO 4 -** Serão exigidas cópias dos seguintes documentos para que ocorra a redução das carências ora estabelecida:

a) 3 (três) últimos boletos da Operadora anterior quitados, não podendo ultrapassar 30 (trinta) dias da data de vencimento do último boleto pago;

b) cópia do cartão ou da proposta de adesão da operadora anterior (obrigatória data de início no cartão) ou;

c) Carta de permanência original da operadora anterior contendo todos os dados do contrato anterior como data de início do contrato, nome dos beneficiários com a respectiva data de inclusão, data do último pagamento e data de exclusão/cancelamento (este documento substitui os documentos citados na letra “a” e “b” acima). A validade da carta será de 30 (trinta) dias contados de sua emissão.

d) Carta da Administradora de Benefícios contendo todos os dados do contrato anterior (data de início do contrato, nome dos beneficiários com a respectiva data de inclusão, data do último pagamento, data de exclusão/cancelamento e cópia frente e verso da carteira do beneficiário).

**OBJETO 5 –** Será analisada a abrangência do plano anterior para a aplicação de redução de carências, conforme equiparação com o plano adquirido, se regional ou nacional. Inexistindo compatibilidade de abrangência não será aplicada a redução dos prazos carenciais.

**OBJETO 5.1 –** Não será aplicada a redução dos prazos carenciais caso o beneficiário faça a transferência de um plano regional para o plano nacional, devendo a CONTRATANTE comprovadamente informá-lo sobre essa condição.

**OBJETO 5.2 –** Caso o beneficiário faça a transferência de um plano nacional para o plano regional, será analisado os critérios de redução de carência.

**OBJETO 6 –** Este aditamento de redução de carência somente se aplica aos contratos com contingente entre 01 a 29 vidas.

**OBJETO 7 –** Ficam mantidas e, consequentemente, aplicadas aos produtos contratados todas as demais cláusulas e disposições do INSTRUMENTO DE COMERCIALIZAÇÃO, que não tenham sido expressamente modificadas e/ou revogadas pelo presente Termo Aditivo.

E por estarem justas e acordadas, assinam o presente Termo Aditivo em 02 (duas) vias, de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas abaixo assinadas.

São Paulo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

**CONTRATANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(assinatura e carimbo dos representantes legais)*

**CONTRATADA: CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL**

**Testemunhas:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome: Nome:

RG nº: RG nº: