Declaração de Saúde

OPS nº 31 Proposta nº

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente titular, de próprio punho e sem rasuras.

ANS – nº 41.764-5 Nunes & Grossi Benefícios | amil ANS – nº 32630-5

Proponente titular

Nome completo

(continuação)

Responda às questões abaixo fornecendo as informações solicitadas e assinalando "S" para as respostas afirmativas e "N" para as respostas negativas, no que diz respeito ao proponente titular e também aos seus dependentes.

Características biométricas	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4
1. Altura em metros (por exemplo: 1,80)					
2. Peso em kg (por exemplo: 81)					

	Declaração de Saúde (deve ser preenchido pelo Proponente) - Válida para Titular e Dependente(s)	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4
01	Doenças do aparelho cardiocirculatório (como angina, infarto, pressão alta, arritmias, aneurisma de aorta, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, uso de marca-passo, dor no peito, entre outras).					
02	Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, hipotireoidismo, obesidade, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas, entre outras)					
03	Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes (como anemias, púrpuras, talassemias, HIV, AIDS e suas complicações, lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatoide, doenças de Crohn, retocolite ulcerativa, entre outras).					
04	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (como derrame, aneurisma cerebral, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepcia e doenças congênitas do sistema nervoso, esclerose lateral amiotrófica, neurocisticercose, entre outras).					
05	Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta (como asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, sinusite e desvio de septo nasal, entre outras).					
06	Doenças ortopédicas (com artrose, hérnia de disco, deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão do tendão, desvios de coluna, deformidades óssea, congênitas e fraturas de repetição, entre outras).					
07	Doenças ou tumorações malignas (como leucemia, mieloma, múltiplo, carcinoma, melanoma, linfoma e todos os tipos de câncer).					
08	Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor masculino ou feminino (como cálculo renal, infecção urinária de repetição, incontinência urinária, doenças da próstata, cisto do ovário, mioma uterino e nódulos de mama, entre outras).					
09	Qualquer outra doença que não se relacione ou não se encontre descrita nos itens anteriores ou que tenha gerado ou não internação.					

Declaro que as informações aqui prestadas são absolutamente verdadeiros e completos, e me responsabilizo civil e criminalmente por eles.

_____, _____/_____/_____ _____

Local data Assinatura do proponente titular (passível de reconhecimento em cartório)

Declaração de Saúde

OPS nº 31 | Proposta nº

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente titular, de próprio punho e sem rasuras.

ANS- nº 41.764-5

Nunes & Grossi Benefícios

amil

ANS – nº 32630-5

Declaração do Associado

Declaro ter recebido na presente data, cópia do contrato com as suas condições gerais e anexos as quais foram integralmente lidas, entendidas e por mim aceitas, sem qualquer restrição ao seu conteúdo, não tendo dúvidas quanto à sua aplicação, inclusive no que diz às carências, o que confirmo com minha assinatura na presente proposta.

Permanecem Inalterados os demais itens do Contrato em Referência

_____, _____ de _____ de _____

Visto e carimbo do médico	Nome legível do Titular ou Responsável	Assinatura do Titular ou Responsável

Caso o proponente titular ou qualquer de seus dependentes apresentarem alguma resposta afirmativa em alguma das perguntas da página 7, favor informar abaixo o motivo, o tratamento e a periodicidade, o(s) exame(s) feito(s) com seu(s) resultado(s), ou qualquer outra informação ou dado importante para a avaliação médica

Item	Beneficiário	Data Evento	Esclarecimentos

Havendo a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) por parte do proponente titular e/ou de seu(s) dependente(s), será aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início da vigência do benefício, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas junto à ANS de que o consumidor omitiu as doenças ou lesões no preenchimento desta declaração. Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do contrato, nem do atendimento.

DEFINIÇÕES:

Cobertura Parcial Temporária (CPT) - "Considera-se Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data de contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal" (Art. 2º, inciso II da Resolução Nº 162 da ANS, de 17/10/2007).

Agravo - "Considera-se agravo como qualquer acréscimo no valor de contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário (Art. 2º, inciso III da Resolução Nº 162 da ANS, de 17/10/2007).

Declaração de Saúde

OPS nº 31 Proposta nº

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente titular, de próprio punho e sem rasuras.

ANS- nº 41.764-5 Nunes & Grossi Benefícios | amil ANS - nº 32630-5

Declaro para os devidos fins e efeitos que:

(I) autorizo a Operadora a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas, laboratórios ou a mim, exames, prontuários e outras informações necessárias a quaisquer esclarecimentos relacionados a esta Declaração de Saúde;

(II) estou ciente de que a omissão de informação sobre doença ou lesão preexistente da qual eu e/ou meu(s) dependente(s) saiba(mos) ser portador(es) na data da assinatura desta Proposta, seja por diagnóstico feito, conhecido ou em andamento, desde que seja comprovada na ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do benefício. Nesse caso, como beneficiário, serei responsável pelo pagamento de eventuais despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que eu tiver recebido comunicado ou notificação, por parte da Operadora, sobre a existência de doença ou lesão não declarada;

(III) preenchi a Declaração de Saúde de todos os meus dependentes neste ato e que, sendo meus dependentes maiores de 15 (quinze) anos - esposo(a) ou companheiro(a), filho(a) solteiro(a) -, comprometo-me a investigar as informações com eles e, havendo necessidade de alteração(ões), eu a(s) apresentarei por escrito, no prazo de 7 (sete) dias contados a partir da data de assinatura desta declaração, sob pena de não-atendimento ou de exclusão do(s) beneficiário(s) dependente(s) com informações inadequadas e, até mesmo, rescisão, caso apurada a omissão;

(IV) tenho conhecimento e total concordância de que a omissão e/ou prestação incorreta ou parcial de informações relevantes poderão caracterizar como fraude a adesão ao presente benefício;

(V) para o preenchimento desta Declaração de Saúde, o proponente titular tem a opção de ser orientado por um médico indicado pela operadora, sem ônus financeiro para o proponente, ou por um médico de sua livre escolha, caso em que as despesas com os honorários serão inteiramente de sua responsabilidade:

( ) optei por ser orientado por um médico indicado pela Operadora.
( ) optei por ser orientado por um médico de minha livre escolha e confiança.
( ) dispensei a presença de um médico orientador.

_____, _____/_____/_____
Local data

_____
Assinatura do proponente titular (passível de reconhecimento em cartório)

Declaro que prestei as orientações necessárias para o proponente titular preencher, de próprio punho, esta Declaração de Saúde.

_____
Médico orientador (se houver)

_____
CRM e assinatura do médico, sob carimbo