

Cartão Proposta – Com Declaração de Saúde (DS)



Portabilidade

Carteira (selecione uma das opções)

- PME (de 3 a 29 vidas)
 PME Mais (de 30 a 99 vidas)
 Adesão
 Individual

Tipo de Inclusão

- Apenas Titular
 Apenas Dependente
 Titular + Dependente

Importante

1) Os campos com * são de uso exclusivo da Seguradora/Operadora.

Estipulante	Cód. Da Empresa	Proposta/Certificado nº
-------------	-----------------	-------------------------

Dados Cadastrais do Proponente Titular

Código de Identificação(*)	DF(*)	Setor	Nome do Plano	Plano (*)
Identificação Funcional	Data Admissão na Empresa / /	Data Início Vigência / /	Carência (*)	

Dados Pessoais do Titular

Titular	Nome Completo do Titular sem abreviações				
Nome Impresso no Cartão de Identificação				Data Nascimento / /	
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outros	Carteira de Identidade	Órgão Emissor	UF	Data de Expedição / /
País Emis. Cart de Identidade		Nacionalidade	CPF	D.V.	
PIS/PASEP	Cadastral Nacional de Saúde - CNS	E-mail			

Endereço Residencial do Titular		
Número	Complemento	Bairro
Município	UF	CEP

Nome da Mãe		
(DDD) Telefone Residencial	(DDD) Telefone Comercial	(DDD) Celular

Dados para Portabilidade de Carências – RN nº 438 (**)

Nome da Operadora de Origem	Registro da Operadora de Origem	Vigência do Plano de Origem Início / / Fim / /	
Ingresso no plano por Portabilidade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Plano contratado na vigência da Lei nº 9656/98 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Plano Adaptado a Lei nº 9656/98 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data / /	
1ª Portabilidade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está Adimplente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	O plano está vigente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Motivo Desligamento Plano <input type="checkbox"/> Morte Titular <input type="checkbox"/> Demissão/Exoneração/Aposentadoria <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Perda Condição Dependente <input type="checkbox"/> Rescisão do Contrato com Operadora
Cumpriu/Cumprir CPT <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Período de Cumprimento CPT De: / / Até: / /	Cumpriu/Cumprir Carência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Período de Cumprimento Carência De: / / Até: / /
Emitiu o Protocolo no Guia de Portabilidade da ANS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Informe o nº do Protocolo	Data Protocolo / /

Dados Bancários para Reembolso do Titular

Banco	Agência	Conta Corrente	CPF do titular da Conta Conjunta	D.V.
Nome do Responsável da Conta Conjunta				

Dados Cadastrais dos Proponentes Dependentes

Dep. Nome Completo do Dependente Sem Abreviações

Nome Impresso no Cartão de Identificação

 Data Nascimento
/ /

Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Grau de Parentesco	Carência (*)	Data do Evento / /	Data Início Vigência / /	
Carteira de Identidade	Órgão Emissor	UF	Data de Expedição / /	País Emissor da Carteira de Identidade	Nacionalidade
CPF	D.V.	PIS/PASEP	Cadastro Nacional de Saúde - CNS		

Declaração de Nascido Vivo - DNV

Nome da Mãe

Dados para Portabilidade de Carências – RN nº 438

Nome da Operadora de Origem	Registro da Operadora de Origem	Vigência do Plano de Origem Início / / Fim / /	
Ingresso no plano por Portabilidade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Plano contratado na vigência da Lei nº 9656/98 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Plano Adaptado a Lei nº 9656/98 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data / /	
1ª Portabilidade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está Adimplente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	O plano está vigente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Motivo Desligamento Plano <input type="checkbox"/> Morte Titular <input type="checkbox"/> Demissão/Exoneração/Aposentadoria <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Perda Condição Dependente <input type="checkbox"/> Rescisão do Contrato com Operadora
Cumpriu/Cumpr CPT <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Período de Cumprimento CPT De: / / Até: / /	Cumpriu/Cumpr Carência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Período de Cumprimento Carência De: / / Até: / /
Emitiu o Protocolo no Guia de Portabilidade da ANS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Informe o nº do Protocolo	Data Protocolo / /	

Dados Cadastrais dos Proponentes Dependentes

Dep. Nome Completo do Dependente Sem Abreviações

Nome Impresso no Cartão de Identificação

 Data Nascimento
/ /

Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Grau de Parentesco	Carência (*)	Data do Evento / /	Data Início Vigência / /	
Carteira de Identidade	Órgão Emissor	UF	Data de Expedição / /	País Emissor da Carteira de Identidade	Nacionalidade
CPF	D.V.	PIS/PASEP	Cadastro Nacional de Saúde - CNS		

Declaração de Nascido Vivo - DNV

Nome da Mãe

Dados para Portabilidade de Carências – RN nº 438()**

Nome da Operadora de Origem	Registro da Operadora de Origem	Vigência do Plano de Origem Início / / Fim / /	
Ingresso no plano por Portabilidade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Plano contratado na vigência da Lei nº 9656/98 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Plano Adaptado a Lei nº 9656/98 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data / /	
1ª Portabilidade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está Adimplente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	O plano está vigente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Motivo Desligamento Plano <input type="checkbox"/> Morte Titular <input type="checkbox"/> Demissão/Exoneração/Aposentadoria <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Perda Condição Dependente <input type="checkbox"/> Rescisão do Contrato com Operadora
Cumpriu/Cumpr CPT <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Período de Cumprimento CPT De: / / Até: / /	Cumpriu/Cumpr Carência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Período de Cumprimento Carência De: / / Até: / /
Emitiu o Protocolo no Guia de Portabilidade da ANS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Informe o nº do Protocolo	Data Protocolo / /	

Dados Cadastrais dos Proponentes Dependentes

Dep.	Nome Completo do Dependente Sem Abreviações				
Nome Impresso no Cartão de Identificação					Data Nascimento / /
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Grau de Parentesco	Carência (*)	Data do Evento / /	Data Início Vigência / /	
Carteira de Identidade	Órgão Emissor	UF	Data de Expedição / /	País Emissor da Carteira de Identidade	Nacionalidade
CPF	D.V.	PIS/PASEP		Cadastro Nacional de Saúde - CNS	
Declaração de Nascido Vivo - DNV					
Nome da Mãe					

Dados para Portabilidade de Carências – RN nº 438 ()**

Nome da Operadora de Origem	Registro da Operadora de Origem	Vigência do Plano de Origem Início / / Fim / /			
Ingresso no plano por Portabilidade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Plano contratado na vigência da Lei nº 9656/98 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Plano Adaptado a Lei nº 9656/98 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data / /			
1ª Portabilidade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está Adimplente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	O plano está vigente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Motivo Desligamento Plano <input type="checkbox"/> Morte Titular <input type="checkbox"/> Demissão/Exoneração/Aposentadoria <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Perda Condição Dependente <input type="checkbox"/> Rescisão do Contrato com Operadora		
Cumpriu/Cumprir CPT <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Período de Cumprimento CPT De: / / Até: / /	Cumpriu/Cumprir Carência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Período de Cumprimento Carência De: / / Até: / /		
Emitiu o Protocolo no Guia de Portabilidade da ANS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Informe o nº do Protocolo	Data Protocolo / /			

() RN 438 Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, e para exercer o direito a portabilidade serão necessários os requisitos a seguir.**

1. Comprovante de pagamento das três últimas mensalidades ou das três últimas faturas, se for plano na modalidade de pós pagamento, OU declaração da operadora do plano de origem ou do contratante informando que o beneficiário está em dia com as mensalidades;
2. Comprovante de prazo de permanência: proposta de adesão assinada OU contrato assinado OU declaração da operadora do plano de origem ou do contratante do plano atual;
3. Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e destino OU nº de protocolo, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde. O relatório de compatibilidade terá validade de 5 (cinco) dias a partir da emissão do protocolo;
4. Se o plano de destino for coletivo, comprovante de que está apto para ingressar no plano. No caso de empresário individual, comprovante de atuação para contratação de plano empresarial.

Importante: A SulAmérica como Operadora do plano de destino (novo plano) irá analisar em até 10 (dez) dias o pedido de portabilidade.

CANCELAMENTO DO PLANO DE ORIGEM : Depois que você já estiver no novo plano, não se esqueça de solicitar o cancelamento do seu plano anterior diretamente à Operadora responsável no prazo de 5 (cinco) dias. Guarde seu comprovante, pois a SulAmérica poderá solicitá-lo a qualquer momento. Se você não solicitar o cancelamento nesse prazo, estará sujeito ao cumprimento de carências no novo plano por descumprimento das regras.

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E / OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO.

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/ OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - **NÃO** é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**.
Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou Consulte a página da ANS – **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**.

Beneficiário

Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Declaração de Saúde

(**) RN 438: No exercício do direito à portabilidade de carências a Declaração de Saúde (DS) será dispensada ainda que tenha ocorrido o preenchimento antes da análise final da Seguradora, exceto nos casos em que a segmentação assistencial for divergente do plano de origem.

Temos ciência de que a Declaração de Saúde deverá ser preenchida de próprio punho, independente do auxílio do Médico Orientador, por cada um dos Titulares componentes do Grupo Segurável, sendo responsáveis também pelos seus dependentes, e que todos leram e estão cientes do conteúdo da cláusula “Doenças e Lesões Preexistentes”, conforme descrito nas condições gerais do contrato de seguro saúde. Não serão aceitas Declarações com rasuras. Obrigatoriamente devem ser preenchidos todos os campos abaixo

Nome Titular:
Nome Dependente 1:
Nome Dependente 2:
Nome Dependente 3:

Quadro I – Questionário

Item	Responda de próprio punho as perguntas a seguir, com “S”=SIM ou “N” = Não. Existindo alguma resposta afirmativa, mencionar detalhes no Quadro III “Quadro Descritivo”. É portador de:	Titular	Dependentes		
			01	02	03
1	Doença cardiovascular, como pressão alta, angina, infarto, arritmia ou outra ?				
2	Doença do aparelho circulatório como: varizes, insuficiência arterial ou venosa, linfagite, hemorroida, aneurisma, trombose ou outra ?				
3	Doença endocrinológica como: diabetes, doenças da tireoide ou outra?				
4	Doença digestiva como: gastrite, úlcera, doença de Crohn, diverticulite ou outra?				
5	Alguma hérnia como: inguinal, umbilical ou outro tipo?				
6	Doença urológica como: insuficiência renal, problema na próstata, incontinência urinária, cálculos ou outra?				
7	Algum problema dos ossos, articulações ou coluna (hérnia de disco, escoliose, osteoporose, artrite, artrose ou outro)? Informar tipo, local e demais detalhes no quadro descritivo.				
8	Doença do sangue ou autoimune como: anemias, leucemia, linfoma, lúpus, artrite reumatoide, psoríase etc.?				
9	Doença pulmonar como: Asma, Bronquite, Enfisema, Atelectasia ou outras?				
10	Doença do ouvido, nariz ou garganta (surdez, desvio de septo, sinusite ou outra)?				
11	Alguma doença nos olhos como: glaucoma, miopia, estrabismo, ceratocone, catarata ou outra?				
12	Possui alguma doença ou deformidade hereditária ou congênita?				
13	Tem alguma doença infectocontagiosa (AIDS / HIV, Hepatite, Tuberculose, Malária, Chagas ou outra)?				
14	Algum tipo de câncer, neoplasia ou tumor benigno ou maligno?				
15	Alguma doença neurológica como: epilepsia, Alzheimer, mal de Parkinson, paralisia cerebral, etc.?				
16	Algum problema psiquiátrico (depressão, esquizofrenia, retardo mental, psicose, esclerose múltipla ou outra) ?				

Local/Data: _____, _____, de _____ de _____

Assinatura do Beneficiário Titular: _____

Assinatura do Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário _____

Quadro I – Continuação do Questionário

Item	Responda de próprio punho as perguntas a seguir, com “S”=SIM ou “N” = Não. Existindo alguma resposta afirmativa, mencionar detalhes no Quadro III “Quadro Descritivo”. É portador de:	Titular	Dependentes		
			01	02	03
17	Alguma doença do fígado como: cirrose, hepatite ou outra?				
18	Possui algum tipo de seqüela, dano ou deficiência psicomotora, de órgão ou membro decorrente de doença que saiba ser portador?				
19	Alguma doença da mama, útero ou ovário (nódulo, cisto, mioma, endometriose ou outra)?				
20	Está realizando algum tratamento médico?				
21	É portador de algum transplante (rim, fígado, medula ou algum outro)? ou há a necessidade de realizar algum transplante?				
22	Possui alguma prótese ou órtese (placa, parafuso, stent, válvula, marca-passo, prótese mamária ou outra)?				
23	Faz quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou transfusão de sangue? Ou há a necessidade de realizar algum desses citados?				
24	Possui algum transtorno na face como: desalinhamento da arcada dentária, oclusão dentária, dificuldade de mastigação? ou usa aparelho ortodôntico ?				
25	Possui alguma doença ou transtorno não relacionado acima?				

Quadro II – Questionário do Índice de Massa Corpórea

Informe	TITULAR	Dependentes				O IMC (Índice de Massa Corpórea) é calculado pela seguinte fórmula: $\text{Peso} \div \text{altura}^2$. Ex. $\text{Peso} = 80\text{kg}$ $\text{Alt.} = 1,71$
		1	2	3	4	
Peso						$\text{IMC} = \frac{80}{(1,71 \times 1,71)} \quad \text{IMC} = \frac{80}{3} = 27$
Altura						
Considerações OMS (Organização Mundial de Saúde): IMC 30.0–34.9 - Obesidade grau I / IMC 35.0–39.9 - Obesidade grau II / IMC superior a 40.0 - Obesidade grau III						

ATENÇÃO: A obesidade será caracterizada para fins de CPT (Cobertura Temporária Parcial) sempre que o IMC for superior a 40 kg/m^2 e quando o IMC for maior ou igual a 35 kg/m^2 e portador de doenças crônicas associadas.

Local/Data: _____, _____, de _____ de _____

Assinatura do Beneficiário Titular: _____

Assinatura do Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário _____

Quadro IV: Definições, Direitos e Obrigações**Declaração de Doença ou Lesão Preexistente**

Havendo a informação de doença ou lesão preexistente por parte do Beneficiário, esta Seguradora oferecerá a Cobertura Parcial Temporária – CPT, a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da 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.

Da Responsabilidade do Beneficiário

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o Beneficiário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido o Termo de Comunicação desta Operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Definição de CPT

Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da 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.

Definição de Agravo:

Agravo como qualquer acréscimo no valor da 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.

A SulAmérica se reserva ao direito de não oferecer o Agravo como opção a CPT, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo primeiro da Resolução Normativa n.º 162/07.

Médico Orientador: No preenchimento desta declaração, o Beneficiário tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado por esta Operadora ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão totalmente de sua responsabilidade.

() Optei por não utilizar auxílio do médico orientador

() Declaro que fui orientado por médico orientador

Local/Data: _____, _____ de _____, de _____

Assinatura do Beneficiário Titular: _____

Assinatura do Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário: _____

Assinatura do Médico Orientador, c/ carimbo e CRM, quando for o caso: _____

Declarações

Pela presente autorizo a inclusão de meu nome e de meus dependentes no Seguro Saúde do Estipulante, ao qual concedo o direito de agir em meu nome e no de meus dependentes incluídos, no cumprimento de todas as cláusulas da Proposta de Seguro, devendo todas as comunicações referentes ao contrato ser a ele enviado, o qual a partir desta data fica investido dos poderes de representação.

Declaro ter conhecimento do teor da Proposta de Seguro/Plano, que encontram-se em poder do Estipulante.

Declaro ainda que tenho ciência do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: “Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido”.

Autorizo expressamente todo e qualquer profissional ou instituição médico-hospitalar, bem como qualquer operadora de planos de saúde, outras organizações e pessoas à fornecerem quaisquer informações relacionadas à minha saúde ou a de meus dependentes, por solicitação da seguradora constante deste Cartão Proposta.

Autorização para Desconto em Folha

Pelo presente, autorizo ao Estipulante indicado neste cartão proposta a descontar de meu salário, em folha de pagamento, a importância relativa a minha contribuição para o Seguro Saúde, quando este for contribuinte, contratado em meu benefício e de meus dependentes elegíveis, com a Seguradora indicada, conforme os valores a que tiver direito, agora e no futuro, por força da Proposta de Seguro, Condições Gerais, Condições Particulares e Cláusulas Adicionais do Contrato de Seguro Saúde, das quais me declaro ciente.

Local e Data	Assinatura do Beneficiário Titular ou Responsável por menor de 18 anos
Local e Data	Assinatura do Estipulante sob carimbo