

TERMO UNIFICADO DE PROMOÇÕES

PLANOS EMPRESARIAIS DE 03 A 29 BENEFICIÁRIOS (Cobertura Ambulatorial e Hospitalar)

Praça autorizada: SP

1 – ATENDIMENTO DOMICILIAR - GOLDEN MED *(As condições deste item aplicam-se somente aos optantes por contratar o GOLDEN MED na Proposta de Contrato Coletivo e não são válidas para o produto Golden Care).*

1.1 - Tenho ciência da Promoção de Gratuidade do Serviço de Atendimento Médico Domiciliar nos 09 (nove) primeiros meses de vigência do contrato, sendo que a referida promoção não poderá ser aplicada em procedimentos administrativos de transferência de planos e que, após o prazo da gratuidade, ou seja, 09 (nove) meses, passarei a receber, mensalmente, cobrança relativa à cobertura do Serviço de Atendimento Médico Domiciliar que, conforme tabela de vendas vigente, tem o preço atual de **R\$ 7,00** (sete Reais) por beneficiário, sendo certo que este será atualizado conforme índices previstos nas Condições Gerais;

1.2 - Tenho ciência que a promoção é válida somente para beneficiários domiciliados nos municípios pertencentes a área de cobertura do GOLDEN MED. Caso não queira dar continuidade com o Serviço de Atendimento Médico Domiciliar, informarei à Golden Cross com 30 (trinta) dias de antecedência do término da promoção mencionada no item 1.1;

1.3 - Declaro ter conhecimento das cláusulas contratuais do Serviço de Atendimento Médico Domiciliar, GOLDEN MED, como parte integrante das Condições Gerais do produto Empresarial de 03 a 29 Beneficiários.

2 – ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO - REDE MASTER *(As condições deste item aplicam-se somente aos Beneficiários da Empresa Estipulante que optar em contratar o GOLDENTAL 2 na Proposta de Adesão ao Plano Odontológico Empresarial de 3 a 29 Beneficiários e não são válidas para os produtos Golden Care).*

2.1 - Tenho ciência que ao fazer a opção pelo plano de saúde ambulatorial/hospitalar empresarial (03 a 29 beneficiários) posso contratar o plano odontológico GOLDENTAL 2, com desconto (*), ao custo de R\$12,00 (doze reais) mensal per capita, para os Beneficiários Principais e respectivos Dependentes, e com isenção temporária no valor da mensalidade nos primeiros 12 (doze) meses de vigência do contrato. Após esse período o valor mensal per capita do GOLDENTAL 2 será cobrado e reajustado normalmente, de acordo com as regras estabelecidas nas condições gerais do produto;

2.2 - Somente poderão ser contemplados por essa promoção as empresas que mantiverem no mínimo 03 (três) e, no máximo, 29 (vinte e nove) Beneficiários, tanto no plano de saúde ambulatorial/hospitalar, como no GOLDENTAL 2;

2.3 - Os Beneficiários Principais e/ou Dependentes incluídos após o início de vigência do contrato do plano de saúde ambulatorial/hospitalar, também poderão ser beneficiados pela condição citada no item 2.1, considerando para tal apenas o período restante para o término dos 12 primeiros meses de vigência do plano de saúde ambulatorial/hospitalar;

2.4 - De acordo com as regras estabelecidas nas condições gerais, poderá o Estipulante cancelar o plano de saúde ambulatorial/hospitalar, e manter o plano odontológico GOLDENTAL 2. Nesta hipótese as condições promocionais acima mencionadas serão imediatamente canceladas, e o preço mensal per capita será majorado em 50% (cinquenta por cento) em decorrência da perda do desconto promocional;

2.5 - Os Beneficiários Principais e os Dependentes utilizarão a cobertura odontológica de acordo com o disposto nas condições gerais do plano odontológico GOLDENTAL 2 – Rede MASTER / OR 71, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 455.722/07-1, que declaro para os devidos fins de direito, ter recebido neste ato.

** O preço mensal per capita do plano de saúde odontológico GOLDENTAL 2 sem o desconto promocional é de R\$18,00 (dezoito reais).*

3 – SEGURO DE PESSOAS - MORTE ACIDENTAL / INVALIDEZ PERMANENTE (ATENÇÃO: As condições deste item não se aplicam aos produtos GOLDEN CARE).

3.1 - Tenho ciência que ao fazer a opção pelo produto ambulatorial/ hospitalar Golden Cross terei direito ao Seguro de Pessoas para as coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente com capital segurado de até R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil Reais) para estas coberturas, sem custo adicional, garantido pela seguradora Chubb do Brasil Cia. de Seguros e registrado na SUSEP sob nº 15414.005368/2006-73.

ATENÇÃO: O benefício em questão é exclusivo para os beneficiários titulares, não sendo aplicável, em hipótese alguma, aos beneficiários dependentes ou a qualquer beneficiário dependente;

3.2 - Tenho ciência de que a vinculação ao Seguro de Pessoas contratado é decorrente de ação temporária e promocional desenvolvida pela Golden Cross, atualmente em parceria com a Chubb Seguros, e de que o Seguro de Pessoas em questão terá validade de 36 (trinta e seis) meses, contados do início da vigência do Plano de Saúde. Em caso de cancelamento do(s) titular(es) ou da totalidade do contrato de Plano de Saúde, o Seguro de Pessoas será imediatamente cancelado;

3.3 - Declaro ainda, para os devidos fins de direito, que recebi neste ato o Manual do Segurado e que caberá a cada titular: (a) indicar através da Designação de Beneficiários o(s) seu(s) beneficiário(s); (b) apresentar à Chubb Seguros a documentação prevista no Manual do Segurado; e (c) cumprir com as demais obrigações contratuais, tudo para o recebimento do seguro em caso de falecimento por Morte Acidental.

4 – REDUÇÃO ESPECIAL DE CARÊNCIAS - Plano de Assistência Ambulatorial/Hospitalar - Empresarial de 03 a 29 Beneficiários

4.1 - Tenho ciência que as reduções dos prazos de carências, previstas a seguir, não alteram as coberturas do plano, as exclusões e limitações de cobertura, expressas nas Condições Gerais do Plano de Assistência Ambulatorial Hospitalar - Empresarial de 03 a 29 Beneficiários;

4.2 - Tenho ciência que os beneficiários incluídos após 30 (trinta) dias de sua admissão na Empresa Contratante, cumprirão integralmente as carências descritas nas Condições Gerais do produto Empresarial de 03 a 29 Beneficiários;

4.3 - Tenho ciência que as reduções de carências a seguir descritas, só iniciam após aceitação da Proposta de Adesão do produto Empresarial de 3 a 29 Beneficiários por esta Operadora e não são válidas para Parto e Doenças ou Lesões Preexistentes;

4.4 - Redução Especial de Carências para Novos Beneficiários:

COBERTURA AMBULATORIAL/HOSPITALAR - NOVOS ASSOCIADOS						
Plano Empresarial Micro e Pequena Empresa	Prazos de carências normais	De	24 h	30 dias	180 dias	300 dias
I - Grupo de 3 a 9 beneficiários	Prazos de carências reduzidas	Para	24 h	24 h	30 dias	300 dias
II - Grupo de 10 a 20 beneficiários						
III - Grupo de 21 a 29 beneficiários						

4.5 - Redução Especial de Carências para Beneficiários Advindos de Concorrentes:

COBERTURA AMBULATORIAL/HOSPITALAR - ADVINDOS DA CONCORRÊNCIA						
Plano Empresarial Micro e Pequena Empresa	Prazos de carências normais	De	24 h	30 dias	180 dias	300 dias
I - Grupo de 3 a 9 beneficiários	Prazos de carências reduzidas	Para	24 h	24 h	24 h	300 dias
II - Grupo de 10 a 20 beneficiários						
III - Grupo de 21 a 29 beneficiários						

Para a Promoção Especial de Redução de Carências para Beneficiários Advindos de Concorrentes é necessário tempo de contribuição de no mínimo 10 (dez) meses comprovados através de cópia das três últimas boletas pagas e carteiras com data de admissão de cada beneficiário incluído no plano/seguro do concorrente similar.

ATENÇÃO: As reduções de carências para Beneficiários Advindos de Concorrentes é destinada aos beneficiários vinculados às fichas cadastrais relacionadas a seguir:

_____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____,
_____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____,
_____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____.

5 – DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE DOCUMENTAÇÃO

5.1 - Declaro que recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e que tenho ciência e concordo com o seu inteiro teor;

5.2 - Tenho ciência que receberei junto com a carteira de identificação do plano, o Guia de Leitura Contratual.

Razão Social da Empresa **CONTRATANTE** do plano Empresarial de 3 a 29 Beneficiários

Local e Data

Assinatura do **CONTRATANTE** (responsável)