

**TERMO UNIFICADO DE PROMOÇÕES****PLANOS INDIVIDUAIS / FAMILIAR (Cobertura Ambulatorial e Hospitalar)**

***Pragas autorizadas: DF - RJ - RS - PE - BA - ES - SP***

**1 – DESCONTO PROMOCIONAL**

- 1.1 - Tenho ciência que adquirindo o Plano Individual SUPERMED I ou II na modalidade FAMILIAR, gozarei, de um desconto de 10% (dez por cento) no preço das mensalidades enquanto vigente o meu plano;
- 1.2 - Tenho ciência que adquirindo o Plano Individual ESSENCIAL / BÁSICO (SP) / ESPECIAL ou SUPERMED III na modalidade FAMILIAR, gozarei, de um desconto de 15% (quinze por cento) no preço das mensalidades enquanto vigente o meu plano;
- 1.3 - Tenho ciência de que para me beneficiar da Promoção Familiar é necessária a inclusão no plano de no mínimo de 1 (um) beneficiário dependente, classificados como: cônjuge / companheiro(a) / filhos / pais e/ou irmãos;
- 1.4 - Tenho ciência que, havendo redução do número de beneficiários dependentes incluídos no plano, conforme descrição no item 1.3, ficando somente o beneficiário principal, o desconto será automaticamente cancelado.

**2 – ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO - REDE MASTER (As condições deste item aplicam-se somente aos optantes por contratar o GOLDENTAL 2 na Proposta de Adesão e não são válidas para os produtos Supermed).**

2.1 - Tenho ciência que ao fazer a opção pelo plano de saúde ambulatorial/hospitalar Individual/ Familiar posso contratar o plano odontológico GOLDENTAL 2, com desconto (\*), ao custo de R\$15,00 (quinze 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 - Os Beneficiários 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;

2.3 - De acordo com as regras estabelecidas nas condições gerais, poderá o Beneficiário Principal 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 decorrência da perda do desconto promocional;

2.4 - 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 / IO-72, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 432.839/00-6, 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\$38,00 (trinta e oito reais).

### **3 – ATENDIMENTO DOMICILIAR – GOLDEN MED – (As condições deste item aplicam-se somente aos optantes por contratar o Golden Med na Proposta de Admissão e não são válidas para o produto Supermed).**

3.1 - Tenho ciência da Promoção de Gratuidade do Serviço de Atendimento Médico Domiciliar nos 09 (nove) primeiros meses de vigência do contrato, 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, cujo preço atual por beneficiário é de **R\$ 7,00** (sete Reais), atualizado monetariamente de acordo com os índices divulgados pela ANS e/ou conforme previsto nas Condições Gerais;

3.2 - Declaro ter conhecimento das cláusulas contratuais do Serviço de Atendimento Médico Domiciliar, GOLDEN MED, nas Condições Gerais.

**4 – REDUÇÃO DE CARÊNCIAS (Produto Ambulatorial / Hospitalar)**

4.1 - Tenho ciência que a redução dos prazos de carência, previstas nos quadros de reduções de carências das páginas 3 e 4 deste Termo Unificado, não alteram as coberturas do plano, as exclusões e limitações de cobertura, expressas nas Condições Gerais;

4.2 - Tenho ciência que as reduções de carências a seguir descritas, só iniciam após aceitação da minha Proposta de Admissão por esta Operadora e não são válidas para Parto e Doenças ou Lesões Preexistentes:

Beneficiários com Redução	Código da Promoção	Promoção	Perfil da Promoção	Critérios	Carências Normais									
					30 dias	180 dias								
<table border="1"> <tr> <th>Titular</th> <th>Dep. 1</th> <th>Dep. 2</th> <th>Dep. 3</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3					1	NOVOS ASSOCIADOS	Para novos associados	Válida para novos proponentes.	15 dias	90 dias da vigência*
Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3											

\*Exceto para os eventos a seguir que permanecem com 180 dias de carência:

**Cirurgias:** Cardíaca, Neurológica, Vascular, Refrativa, Bariátrica, Ortopédicas para Hérnia de Disco, Desvio de Coluna, Artrose, Cirurgias com Órteses, Próteses e Implantes, Transplantes de rins, córneas e autólogos, Dermolipectomia, Laqueadura Tubária, Vasectomia, Implante de Dispositivo intra-uterino, Surdez, Litotripsia, Oncologia, Oxigenoterapia Hiperbárica.

**Exames Complementares:** Angiografia, Cateterismo Cardíaco, exames decorrentes de doenças cardíacas, neurológicas e vasculares, Ultrassonografia Obstétrica, Medicina Nuclear, Neurofisiologia, Radiologia Intervencionista, Ressonância Magnética, Mamotomia, Core Biopsy, exames genéticos (conforme Legislação), Ecoendoscopia, Artroressonância.

**Serviços Auxiliares:** Diálise, Hemoterapia, Quimioterapia, Radioterapia, Acupuntura.

**Internação:** Casos clínicos em geral, Doenças Infecto-contagiosas, Internação Psiquiátrica, Parto Prematuro, Cerclagem do Colo Uterino. Atendimento para Psicoterapia de Crise (conforme Legislação).

**OS PRAZOS DE CARÊNCIAS PREVISTOS NESTA PLANILHA SERÃO CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO.**

**As carências de 24 horas previstas nas Condições Gerais permanecem inalteradas.**



4.3 - Para a Promoção de Advindos da Concorrência, o tempo de contribuição é de no mínimo 6 meses comprovados através de cópia das últimas 3 faturas pagas e carteirinhas com data de admissão de cada beneficiário incluído, e inadimplência de no máximo 60 (sessenta) dias no plano/seguro concorrente similar;

Beneficiários com Redução		Código da Promoção	Promoção	Perfil da Promoção	Critérios	Carências Normais	
Titular	Dep. 1					Dep. 2	Dep. 3
			ADVINDOS DA CONCORRÊNCIA	Para associados advindos de planos individuais e empresariais da concorrência	Mínimo de 6 meses no plano anterior e inadimplência máxima de 60 dias. É necessária a vinda de todo o grupo anterior para a Golden Cross.	10 dias	30 dias da vigência*

**\*Exceto para os eventos a seguir que permanecem com 180 dias de carência:**  
**Cirurgias:** Cardíaca, Neurológica, Vascular, Refrativa, Cirurgias com Órteses, Próteses e Implantes, Transplantes de rins, córneas e autólogos, Oncologia, Oxigenoterapia Hiperbárica.  
**Serviços Auxiliares:** Diálise.  
**Internação:** Casos clínicos em geral, Doenças Infecto-contagiosas, Internação Psiquiátrica, Parto Prematuro, Cerclagem do Colo Uterino. Atendimento para Psicoterapia de Crise (conforme Legislação).

**OS PRAZOS DE CARÊNCIAS PREVISTOS NESTA PLANILHA SERÃO CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO.**

**As carências de 24 horas previstas nas Condições Gerais permanecem inalteradas.**

## 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.

Nº Proposta de Admissão: \_\_\_\_\_ Data de Assinatura: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura Proponente / Responsável: \_\_\_\_\_

ANS - nº 403911