

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

Declaro que, ao preencher a Proposta do Plano de Assistência a Saúde, recebi as Condições Gerais e seus aditivos, que foram integralmente lidos, entendidos e por mim aceitos, sem restrição ao seu conteúdo, o que confirmo a ponto na referida proposta.

DECLARAÇÃO DO CLIENTE

Reconheço e assumo toda responsabilidade pelas as informações prestadas inclusive as da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE.**

Declaro ainda que tais informações são verdadeiras e completas, inclusive as relacionadas à minha saúde e a de meus dependentes e que não foram omitidas circunstâncias que possam prejudicar a implantação da proposta ou o preço, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato nos termos da Lei 9.656/98 e artigo 5º da Resolução Normativa numero 162, estabelecida pela A.N.S.

Declaro ainda, para todos os fins e efeitos:

I – Que tenho ciência e estou de acordo com as Condições Gerais e Aditivos, inclusive quando aos **Procedimentos Cobertos, Prazos de Carência, Abrangência de Atendimento, Tipo de Acomodação, Data de Pagamento, Formas de Reajustes, Exclusões de Cobertura e Rescisão** estabelecidos no contrato, não tendo qualquer dúvida quanto à sua aplicação.

II – Que tenho ciência que **o início de vigência deste contrato somente se dará após a assinatura da Proposta de Admissão e pagamento da 1º mensalidade** e desde que **aquela e toda a documentação necessária sejam entregue, sob protocolo, em até 24 horas**, cuja implantação e vencimento obedecerão aos prazos estabelecidos a seguir:

Proposta assinada de 01 a 05 – Vencto dia 05 - Proposta assinada de 06 a 10 – vencto dia 10;

Proposta assinada de 11 a 15 – Vencto dia 15 - Proposta assinada de 16 a 20 – vencto dia 20;

Proposta assinada de 21 A 25 – Vencto dia 25 - Proposta assinada de 26 a 30 – vencto dia 30.

III – Que assinando esta Proposta **estou autorizando a Contratada, a solicitar**, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, informações que julgar necessárias para elucidação de qualquer assunto que se relaciona com o presente contrato;

IV – Que tenho ciência que uma eventual redução dos prazos de carência, previstas em Aditivos não alteram as coberturas de plano, as exclusões e limitações de cobertura, expressas nas Condições Gerais;

V – Que tenho ciência **que me foi oferecido à opção pela Cobertura Parcial Temporária**, tendo em vista a preexistência de lesão ou doenças identificadas na Declaração de Saúde, pelo **que fiz a opção pela Cobertura Parcial Temporária com suspensão por 24 meses** da cobertura de Eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade para a(s) lesão(ões) preexistente(s) declarada(s);

TERMO DE OPÇÃO

Que após esclarecido todas as informações e opções de produtos, optei pelo plano abaixo assinalado:

() PLAMED EXCLUSIVE (AMB+HOS+OBS/ENFERMARIA) () PLAMED EXCLUSIVE (AMB+HOS+OBS/APARTAMENTO)

() PLAMED PREMIUM (AMB+HOS+OBS/ENFERMARIA) () PLAMED PREMIUM (AMB+HOS+OBS/APARTAMENTO)

() PLAMED GOLD I (AMB+HOS+OBS/ ENFERMARIA) () PLAMED GOLD II (AMB+HOS+OBS/APARTAMENTO)

Proposta de Admissão nº _____ Aracaju/SE, ____/____/____

Assinatura do Beneficiário Titular ou Responsável

