

Empresa com até 30 vidas Empresa acima de 30 vidas Inclusão: Titular Dependente Alteração de plano: Upgrade Downgrade

DADOS CADASTRAIS E DOCUMENTAÇÃO PARA INCLUSÃO

Todos os campos desta proposta indicados com símbolo asterisco (*) são de preenchimento obrigatório. Caso o proponente indique dependentes menores de 18 (dezoito) anos que não possuam CPF, o titular deverá informar o seu próprio CPF.

As informações cadastrais aqui prestadas fazem parte integrante da Proposta de Inclusão.

É obrigatória a assinatura e o preenchimento do campo 'local e data de preenchimento' pelo proponente titular e/ou seu representante legal na Proposta de Inclusão e na Carta de Orientação ao Beneficiário, sendo que o local, a data e a assinatura devem ser os mesmos em ambos os documentos.

Para a realização da inclusão, além da Proposta de Inclusão Saúde devidamente preenchida, será necessário o envio dos documentos de elegibilidade a seguir descritos:

Titular: documentos comprobatórios de vínculo empregatício:

- Empregados: ficha de registro ou carteira de trabalho;
- Sócios/Administradores: contrato social e última alteração, devidamente registrados perante o órgão competente;
- Estagiários e menores aprendizes: contrato de estágio/prestação de serviços devidamente certificado.

Dependentes: documentos comprobatórios de vínculo com o beneficiário titular:

- Cônjuge: certidão de casamento;
- Companheiro(a): declaração de união estável (pública ou particular);
- Filhos: certidão de Nascimento ou RG;
- Enteadado: certidão de nascimento ou RG + vínculo com cônjuge ou companheiro do titular;
- Adotado: certidão de nascimento, termo de guarda ou decisão judicial.

DADOS DO SEGURADO (*) Preenchimento obrigatório conforme RN nº 295/2012 da ANS e IN nº 50/DIDES.

Estipulante* | N° da apólice*

Subestipulante | N° do subestipulante

Nome do titular* | CPF*

RG/RNE | Orgão expedidor | Data da expedição | N° cartão nacional de saúde (CNS)*

PIS/PASEP* | Data de nascimento* | Município de nascimento* | Estado civil* | Sexo F M

Nome da mãe*

Endereço* | Bairro*

Cidade* | UF* | CEP* | E-mail*

Tel. residencial () | Tel. celular* () | Tel. comercial ()

Data de admissão* | Cargo* | Departamento

Início do seguro* | Plano* | Registro do empregado | Centro de custo

DADOS BANCÁRIOS PARA REEMBOLSO (Exclusivamente conta-corrente)

Banco | N° | N° agência | N° conta corrente | Dígito

AZ0515 - 03/17

ANS - Nº 00051-5

DADOS DOS DEPENDENTES (campo obrigatório se tiver dependente)

Dependente 1
Nome* Parentesco* Data de nascimento* Idade* Sexo* Data de início do seguro

CPF* Nome da mãe* N° cartão nacional de saúde* (CNS)

Município de nascimento/UF* N° da declaração de nascido vivo* Estado civil*

Dependente 2
Nome* Parentesco* Data de nascimento* Idade* Sexo* Data de início do seguro

CPF* Nome da mãe* N° cartão nacional de saúde* (CNS)

Município de nascimento/UF* N° da declaração de nascido vivo* Estado civil*

Dependente 3
Nome* Parentesco* Data de nascimento* Idade* Sexo* Data de início do seguro

CPF* Nome da mãe* N° cartão nacional de saúde* (CNS)

Município de nascimento/UF* N° da declaração de nascido vivo* Estado civil*

Dependente 4
Nome* Parentesco* Data de nascimento* Idade* Sexo* Data de início do seguro

CPF* Nome da mãe* N° cartão nacional de saúde* (CNS)

Município de nascimento/UF* N° da declaração de nascido vivo* Estado civil*

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. Ao preencher a Declaração Pessoal de Saúde, o proponente tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela Allianz Saúde. Caso o proponente opte por ser orientado por um médico de sua livre escolha, as despesas com os honorários serão de sua responsabilidade.
2. A Declaração Pessoal de Saúde tem o objetivo de informar a existência de doenças e/ou lesões preexistentes que o proponente saiba ser portador ou sofredor no momento da assinatura da Proposta de Inclusão, tanto com relação a si próprio quanto a qualquer de seus dependentes.
3. Ao declarar doença ou lesão preexistente, caso a apólice a qual o proponente se vinculará tenha menos de 30 (trinta) segurados, serão oferecidas as seguintes opções de cobertura:
 - 3.1. **Cobertura Parcial Temporária** – É a cobertura que admite, durante o prazo de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de inclusão do segurado na apólice, a suspensão da cobertura de procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade (PAC), relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo segurado ou seu representante legal quando do preenchimento da presente Proposta de Inclusão. Os procedimentos de alta complexidade são definidos e atualizados periodicamente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
 - 3.2. **Agravo** – É o acréscimo no valor do prêmio do seguro saúde dos proponentes portadores de doenças ou lesões preexistentes, a fim de possibilitar que estes tenham acesso integral às coberturas contratadas, alternativamente à adoção de cláusula de cobertura parcial temporária. Esse acréscimo terá como referência a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.
4. Caso sejam identificadas pela Allianz Saúde doenças ou lesões preexistentes não declaradas nesta Proposta de Inclusão, a Seguradora comunicará imediatamente o proponente para que manifeste-se sobre o assunto, podendo oferecer a este a Cobertura Parcial Temporária ou Agravo caso de fato a doença ou lesão preexistente seja constatada, ou ainda solicitar abertura de processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, denunciando a omissão da informação por parte do proponente.
5. Caso a ANS entenda que o proponente omitiu a existência de doenças e lesões preexistentes no preenchimento desta Proposta de Inclusão, a Allianz Saúde poderá suspender ou excluir o proponente da apólice por fraude, hipótese em que o proponente será responsável pelo pagamento das despesas com o tratamento da doença ou lesão preexistente omitida, nos termos da RN nº 162/2007, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.



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 à 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 o 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 _____	Local _____
_____ / _____ / _____ Data	_____ / _____ / _____ Data
Nome _____	Nome _____
Assinatura _____	CPF _____
	Assinatura _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE - TITULAR E DEPENDENTES

Relacionamos no questionário abaixo doenças e tratamentos que podem ter acometido você ou seus dependentes. Para respondê-lo, avalie se vocês têm ou tiveram diagnosticadas as patologias ou doenças abaixo ou se foram indicados a algum tratamento médico e sinalize de **próprio punho** com “S” (sim) ou “N” (não). Havendo alguma resposta afirmativa, esclareça no quadro ‘*Esclarecimentos*’, abaixo do questionário.

Item	Descrição
1	Informar o peso e a altura do titular e seus dependentes nos quadros abaixo.

Titular	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4
Peso _____ Altura _____	Peso _____ Altura _____	Peso _____ Altura _____	Peso _____ Altura _____	Peso _____ Altura _____

Item	Pergunta	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
2	Você está em processo de investigação diagnóstica ou preparação para alguma cirurgia? Se sim, informar qual e quando será realizada.					
3	Você já foi internado ou realizou alguma cirurgia? Se sim, informar quando e por qual motivo.					
4	Doenças do aparelho cardiocirculatório como coronariopatias, angina, infarto, pressão alta, arritmias, aneurisma de aorta, cirurgias cardíacas anteriores, insuficiência cardíaca, valvulopatias, doenças cardíacas congênitas, coração artificial, entre outras.					
5	Doenças do sangue como anemia crônica, anemia falciforme, púrpuras, talassemias, transtornos de coagulação (ex: hemofilia, doença de von Willebrand, entre outros).					
6	Doenças vasculares como varizes, trombose arterial e venosa, má-formação vascular, hemangiomas entre outras.					
7	Doenças imunológicas e do colágeno ou autoimunes como HIV, AIDS e suas complicações, lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatoide, artrite gótica (Gota), espondilite anquilosante, entre outras.					
8	Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, bócio, nódulos de tireide, tireoidites, obesidade, deslipidemias, alteração do ácido úrico, entre outras).					
9	Doenças do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta como asma, bronquite, enfisema, DPOC, pneumonia de repetição, fibrose cística pulmonar, diminuição da audição, sinusite e desvio de septo nasal, amigdalites de repetição, entre outras.					
10	Doenças do aparelho digestivo como doença de CROHN, doença inflamatória intestinal, diverticulite, colite, pólipos, pancreatite, doença do fígado (cirrose, hepatites), hérnia de hiato, gastrites, úlceras, entre outras.					
11	Doenças ortopédicas como artrose, hérnia de disco, doenças de articulações (joelhos, ombros, bacia etc.), deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, deformidades ósseas congênitas (lordose, escoliose, encurtamento de membros, osteogênese imperfeita (ossos de vidro), etc.), fraturas de repetição, entre outras.					
12	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares como dores de cabeça constantes, enxaqueca, acidente vascular cerebral, derrame, aneurisma cerebral, paralisia cerebral, tetraplegia, paraplegia, esclerose lateral amiotrófica (ELA), esclerose múltipla, doença de Parkinson, Alzheimer, epilepsia, autismo, distúrbios de atenção e doenças congênitas do sistema nervoso, tumores benignos (ex: craniofaringeoma, adenomas, etc.), meningites, entre outras.					
13	Doenças do aparelho urinário como cálculo renal, insuficiência renal crônica ou aguda, hemodiálise, diálise parenteral ou outras diálises, infecção urinária de repetição, incontinência urinária, doenças congênitas do aparelho urinário, entre outras.					

Item	Pergunta	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
14	Doenças do aparelho reprodutor masculino ou feminino como doenças de próstata, testículo e pênis, cistos de ovário, mioma uterino, endometriose e adenomiose, mastites de repetição, nódulos e cistos de mama, entre outras.					
15	Doenças ou tumorizações malignas como câncer de mama, câncer de próstata, câncer de fígado, câncer de pâncreas, câncer cerebral, câncer de pulmão, melanoma, leucemia, mieloma múltiplo, entre outras.					
16	Doenças infecciosas (como: HIV (AIDS) e suas complicações, hepatite B ou C, tuberculose, leishmaniose, sífilis, malária, febre amarela, doenças de chagas, dengue, zika, chicungunya, entre outras).					
17	Transplantes: já realizou ou necessita realizar algum tipo de transplante? Caso positivo, especifique qual.					
18	Doenças congênitas, hereditárias ou genéticas como transtornos do metabolismo (ex: mucopolissacaridose, doença de Fabry, doença de Gaucher, doença de Pompe, mucopolidose, entre outras), epidermólise bolhosa, amiloidose familiar, síndrome de Down, síndrome de Arnold-Chiari, imunodeficiência combinada grave - SCID, entre outras.					
19	Doenças oftalmológicas como miopia, catarata, glaucoma, ceratocone, doenças da mácula, entre outras.					
20	Doenças buco maxilo facial como problemas na articulação temporomandibular (ATM), estalidos, problemas de mordida, bruxismo, entre outros.					
21	Doenças psiquiátricas como transtornos de ansiedade, síndrome do pânico, transtornos depressivos, esquizofrenia, entre outros.					
22	Está em período gestacional? Se sim, por favor informar o tempo de gestação.					
23	A gestação está em acompanhamento de diabetes gestacional ou de hipertensão arterial associada à gestação (eclâmpsia e pré-eclâmpsia)?					
24	Sofre ou sofreu, teve sintomas ou já realizou tratamento para qualquer outra patologia não relacionada às questões anteriores? Se sim, por favor especificar a doença, o tratamento e quando ocorreu.					

ESCLARECIMENTOS

Caso tenha inserido resposta positiva para alguma das perguntas do questionário acima ou tenha ciência de alguma outra doença ou lesão preexistente, identifique abaixo o número da questão indicando a qual proponente se refere (titular ou dependentes) e descreva os detalhes como tempo de diagnóstico, tipo de tratamento, medicações utilizadas, internações, exames ou terapias a que tenha sido submetido:

Nº da questão	Proponente	Descrição

Nº da questão	Proponente	Descrição

Tenho ciência de que caso sejam identificadas doenças ou lesões preexistentes não declaradas nesta Proposta de Inclusão, a Allianz Saúde poderá suspender ou excluir o proponente da Apólice por fraude, hipótese em que o proponente será responsável pelo pagamento das despesas com o tratamento da doença ou lesão preexistente omitida, nos termos da RN nº 162/2007, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS?

Sim Não

Tenho ciência de que, caso haja qualquer alteração relacionada à doenças ou lesões preexistentes que possam alterar o conteúdo do questionário acima entre o momento do preenchimento e o início de vigência da Apólice, a Allianz Saúde deve ser obrigatoriamente comunicada, sob pena de suspensão ou exclusão do proponente, nos termos da RN nº 162/2007, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS?

Sim Não

A Declaração Pessoal de Saúde (“DPS”) deve ser preenchida **obrigatoriamente** pelo Proponente ou seu representante legal, que será responsável cível e criminalmente pelas informações nela inseridas. Caso a DPS seja preenchida por terceiro, esse ficará sujeito às sanções contratuais e legais relativas a esta conduta, incluindo, mas não se limitando, às penas relativas à falsidade idológica e documental.

Caso esteja em tratamento ou acompanhamento, inclusive pré-natal, informe o nome e o telefone do médico:

Telefone
()

O proponente responsável pelas informações dispensou a orientação médica no preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde? Sim Não

No caso de responder NÃO na questão acima, o proponente deverá solicitar o preenchimento de próprio punho das informações abaixo ao médico responsável pela orientação.

Nome do médico _____

CRM Nº _____ UF _____ Assinatura do médico: _____

DECLARAÇÃO

Neste ato declaro estar ciente das implicações legais inerentes à Lei 9656/98, bem como as decorrentes de omissão, inexatidão ou erro das informações aqui prestadas de acordo com o disposto na Resolução Normativa nº 162/07 da ANS e no artigo 766 do Código Civil onde “se o Proponente, por si ou seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderá o direito à garantia além de ficar obrigado ao prêmio vencido”.

Concordo em realizar, quando solicitado pela Seguradora, exames ou entrevista médica (pessoalmente ou por telefone), com a finalidade de complementar as informações aqui prestadas.

Local _____ Data* ____/____/____

Assinatura proponente titular ou responsável legal quando menor de 18 (dezoito) anos _____