

|                  |            |                            |                     |
|------------------|------------|----------------------------|---------------------|
| Empresa com:     | Inclusão:  | Portabilidade de carências | Alteração de plano: |
| Até 29 vidas     | Titular    | RN/ANS nº 438/18           | Upgrade             |
| 30 vidas ou mais | Dependente | Até 29 vidas               | Downgrade           |

## DADOS CADASTRAIS

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.

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.

A data de início de vigência deve acompanhar o mesmo dia de vigência da apólice. Em caso de dúvidas, consulte o seu RH ou o Corretor.

Fica dispensado o preenchimento da Declaração de Saúde se a inclusão estiver relacionada ao exercício da portabilidade de carências.

**Atenção! Se o plano de destino possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, a Declaração de Saúde deverá ser preenchida.**

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

|                          |                            |                          |                                    |                 |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------------|-----------------|
| Estipulante*             |                            |                          | Nº da apólice*                     |                 |
| Subestipulante           |                            |                          | Nº do subestipulante               |                 |
| Nome do titular*         |                            |                          | CPF*                               |                 |
| Nº protocolo RN 438      | RG/RNE                     | Órgão expedidor          | Nº cartão nacional de saúde (CNS)* |                 |
| PIS/PASEP*               | Data de nascimento*<br>/ / | Município de nascimento* | Estado civil*                      | Sexo<br>F M     |
| Nome da mãe*             |                            |                          | E-mail*                            |                 |
| Endereço*                |                            | Bairro*                  | Cidade*                            |                 |
| UF*                      | CEP*                       | Tel. residencial         | Tel. celular*                      | Tel. comercial  |
| Data de admissão*<br>/ / |                            | Cargo*                   | Departamento*                      |                 |
| Início do seguro*<br>/ / |                            | Plano*                   | Registro do empregado              | Centro de custo |

## DADOS BANCÁRIOS PARA REEMBOLSO (Exclusivamente conta corrente)

|       |    |            |                   |        |
|-------|----|------------|-------------------|--------|
| Banco | Nº | Nº agência | Nº conta corrente | Dígito |
|-------|----|------------|-------------------|--------|

## DADOS DOS DEPENDENTES (campo obrigatório se tiver dependente)

|                             |                                  |                            |                                    |               |                                  |
|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------|------------------------------------|---------------|----------------------------------|
| <b>DEPENDENTE 1</b>   Nome* | Parentesco*                      | Data de nascimento*<br>/ / | Idade*                             | Sexo<br>F M   | Data de início do seguro*<br>/ / |
| CPF*                        | Nome da mãe*                     |                            | Nº cartão nacional de saúde (CNS)* |               |                                  |
| Município de nascimento/UF* | Nº da declaração de nascido vivo | Nº protocolo RN 438        | RG/RNE                             | Estado civil* |                                  |
| <b>DEPENDENTE 2</b>   Nome* | Parentesco*                      | Data de nascimento*<br>/ / | Idade*                             | Sexo<br>F M   | Data de início do seguro*<br>/ / |
| CPF*                        | Nome da mãe*                     |                            | Nº cartão nacional de saúde (CNS)* |               |                                  |
| Município de nascimento/UF* | Nº da declaração de nascido vivo | Nº protocolo RN 438        | RG/RNE                             | Estado civil* |                                  |
| <b>DEPENDENTE 3</b>   Nome* | Parentesco*                      | Data de nascimento*<br>/ / | Idade*                             | Sexo<br>F M   | Data de início do seguro*<br>/ / |
| CPF*                        | Nome da mãe*                     |                            | Nº cartão nacional de saúde (CNS)* |               |                                  |
| Município de nascimento/UF* | Nº da declaração de nascido vivo | Nº protocolo RN 438        | RG/RNE                             | Estado civil* |                                  |
| <b>DEPENDENTE 4</b>   Nome* | Parentesco*                      | Data de nascimento*<br>/ / | Idade*                             | Sexo<br>F M   | Data de início do seguro*<br>/ / |
| CPF*                        | Nome da mãe*                     |                            | Nº cartão nacional de saúde (CNS)* |               |                                  |
| Município de nascimento/UF* | Nº da declaração de nascido vivo | Nº protocolo RN 438        | RG/RNE                             | Estado civil* |                                  |



---

## **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 site: [www.ans.gov.br](http://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](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

#### **Beneficiário**

|            |                    |
|------------|--------------------|
| Local      | Data               |
| _____      | ____ / ____ / ____ |
| Nome       |                    |
| _____      |                    |
| Assinatura |                    |
| _____      |                    |

#### **Intermediário entre a operadora e o beneficiário**

|            |                    |
|------------|--------------------|
| Local      | Data               |
| _____      | ____ / ____ / ____ |
| Nome       | CPF                |
| _____      | _____              |
| Assinatura |                    |
| _____      |                    |

## INFORMAÇÕES - DECLARAÇÃO DE SAÚDE

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.

Preenchido pelo proponente                      Preenchido com orientação médica

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Assinatura do médico: \_\_\_\_\_

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.

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE - TITULAR E DEPENDENTES

Para responder o questionário abaixo, 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: _____<br>Altura: _____ | Peso: _____<br>Altura: _____ | Peso: _____<br>Altura: _____ | Peso: _____<br>Altura: _____ | Peso: _____<br>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 anemias, púrpuras, talassemias, transtornos de coagulação (ex: hemofilia, doença de von Willebrand, entre outros).   |         |        |        |        |        |
| 6    | Doenças vasculares como varizes, trombozes, má-formação vascular, hemangiomas entre outras.   |         |        |        |        |        |
| 7    | Doenças imunológicas ou autoimunes como HIV, AIDS, lúpus eritematoso, esclerose múltipla, artrite reumatoide, espondilite anquilosante, entre outras.   |         |        |        |        |        |
| 8    | Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, doenças da tireóide, obesidade, dislipidemias, entre outras).  |         |        |        |        |        |

| Item | Pergunta  | Titular | Dep. 1 | Dep. 2 | Dep. 3 | Dep. 4 |
|------|---|---------|--------|--------|--------|--------|
| 9    | Doenças do aparelho respiratório, doenças do ouvido, nariz e da garganta como asma, bronquite, enfisema, DPOC, pneumonia de repetição, fibrose 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, entre outras.  |         |        |        |        |        |
| 11   | Doenças ortopédicas como, hérnia de disco, doenças de articulações (joelhos, ombros, bacia etc.), osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, deformidades ósseas congênitas (lordose, escoliose, encurtamento de membros, etc.), fraturas de repetição, entre outras.   |         |        |        |        |        |
| 12   | Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares como enxaqueca, acidente vascular cerebral, derrame, aneurisma cerebral, paralisia cerebral, tetraplegia, paraplegia, esclerose lateral amiotrófica (ELA), esclerose múltipla, doença de Parkinson, epilepsia, autismo, tumores benignos (ex: craniofaringeoma, adenomas, etc.), meningites, entre outras. |         |        |        |        |        |
| 13   | Doenças do aparelho urinário como cálculo renal, insuficiência renal, infecção urinária de repetição, incontinência urinária, entre outras.   |         |        |        |        |        |
| 14   | Doenças do aparelho reprodutor masculino ou feminino como doenças de próstata, testículo, pênis, ovário, útero, mamas, endometriose, entre outras.  |         |        |        |        |        |
| 15   | Doenças ou tumores malignos como: de mama, próstata, fígado, pâncreas, cerebral, pulmão, intestino, estômago, melanoma, leucemia, linfomas, mieloma múltiplo, entre outros.   |         |        |        |        |        |
| 16   | Doenças infecciosas (como: HIV (AIDS), hepatites, tuberculose, 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 em geral ou genéticas como: mucopolissacaridose, doença de Fabry, doença de Gaucher, doença de Pompe, epidermólise bolhosa, síndrome de Down, síndrome de Arnold Chiari, entre outras.   |         |        |        |        |        |
| 19   | Doenças oftalmológicas como miopia, catarata, glaucoma, ceratocone, entre outras.   |         |        |        |        |        |
| 20   | Doenças buco maxilo facial, problemas na articulação temporo mandibular (ATM), problemas de mordida, bruxismo, entre outros.  |         |        |        |        |        |
| 21   | Doenças psiquiátricas como síndrome do pânico, depressão, entre outros.   |         |        |        |        |        |
| 22   | Está em período gestacional? Se sim, informar nos comentários o tempo de gestação e se há alguma alteração identificada no ultrassom.   |         |        |        |        |        |
| 23   | A gestação está em acompanhamento de diabetes gestacional ou de hipertensão arterial associada à gestação (eclampsia e pré-eclampsia)?  |         |        |        |        |        |
| 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.   |         |        |        |        |        |

**ATENÇÃO: Certifique-se de que todas as perguntas do questionário de saúde acima foram respondidas.**

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 e 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 nos termos da RN nº 162/2007, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Sim Não

**ESCLARECIMENTOS**

Caso tenha havido alguma resposta positiva no questionário de saúde, identifique abaixo o número da questão e a qual proponente se refere, descreva os detalhes como tempo de diagnóstico, tipo de tratamento que realiza ou realizou (quando foi realizado?), medicações utilizadas, internações (para qual motivo e quando?), exames ou terapias a que tenha sido submetido. Em caso de cirurgias, informar qual e quando realizou (ano).

Nos casos em que a portabilidade de carências for exercida e o plano de destino possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, será necessário o preenchimento das colunas "Cumpriu CPT" e "Data início CPT".

| Nº questão | Proponente | Descrição | Cumpriu CPT? | Data início CPT |
|------------|------------|-----------|--------------|-----------------|
|            |            |           |              |                 |
|            |            |           |              |                 |
|            |            |           |              |                 |
|            |            |           |              |                 |
|            |            |           |              |                 |
|            |            |           |              |                 |
|            |            |           |              |                 |
|            |            |           |              |                 |
|            |            |           |              |                 |

**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 nº162/07 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