

TABELA DE ANÁLISE PARA REDUÇÃO DE PRAZO DE CARÊNCIA PARA OS PLANOS AMEPLAN SAÚDE PME (PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS)

Esta tabela visa conceder aos proponentes desta contratação, oriundos de outras Operadoras ou Seguradoras de Planos de Saúde, uma redução dos prazos de carência em função do tempo em que ele já tenha contribuído com outro Plano de Saúde. Serão considerados exclusivamente aqueles proponentes com seus pagamentos em dia ou com um prazo máximo de 90 (noventa) dias de atraso. Válida para proponentes com idade até 58 (cinquenta e oito) anos de idade.

TABELA DE REDUÇÃO DE PRAZO DE CARÊNCIA COM BASE NO TEMPO DE PARTICIPAÇÃO (TP) EM OPERADORA CONGÊNERE

Grupos de carência		G0	G1	G2	G3	G4	G5
Carência contratual		24 horas	30 dias	90 dias	120 dias	180 dias	300 dias
Carência promocional		24 horas	24 horas	24 horas	120 dias	180 dias	300 dias
1	TP de 90 até 150 dias em Operadora congênere	24 horas	24 horas	24 horas	90 dias	160 dias	300 dias
2	TP de 151 até 180 dias em Operadora congênere	24 horas	24 horas	24 horas	90 dias	120 dias	300 dias
3	TP de 181 até 210 dias em Operadora congênere	24 horas	24 horas	24 horas	60 dias	120 dias	300 dias
4	TP acima de 211 dias em Operadora congênere	24 horas	24 horas	24 horas	60 dias	90 dias	300 dias
5	Contratos adquiridos antes de 1999	24 horas	24 horas	24 horas	90 dias	120 dias	300 dias

As reduções dos prazos de carências concedidas pela Operadora Ameplan Saúde, não se aplicam a doenças e lesões preexistentes à data da contratação e todas as demais que sejam decorrentes dela.

PME: estas condições se aplicam exclusivamente para empresas contratantes com número de até 29 vidas.

CONDIÇÃO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA EM QUE SE ENQUADRA O(S) BENEFICIÁRIO(S).

<input type="checkbox"/>	1	TP de 90 até 150 dias em operadora congênere
<input type="checkbox"/>	2	TP de 151 até 180 dias em operadora congênere
<input type="checkbox"/>	3	TP 181 até 210 dias em operadora congênere
<input type="checkbox"/>	4	TP acima de 211 dias em operadora congênere
<input type="checkbox"/>	5	Contratos adquiridos antes de 1999

DECLARAÇÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que conheço as condições gerais do contrato da AMEPLAN SAÚDE, notadamente ao que se refere as possíveis reduções dos prazos de aquisição de direitos e que estou ciente que estes benefícios somente serão adquiridos, se aceitos pela AMEPLAN SAÚDE e após o pagamento da primeira parcela e a aceitação de Adesão ao contrato do qual sou proponente de nº _____.

Datada de ___/___/___ Plano: _____ São Paulo, de _____ de _____

Nome do proponente (escrever com letra de forma): _____