

Contrato de Adesão

Contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão



ANS N° 421405

Administradora
de Benefícios

SUPERMED

ANS N° 326305

Operadora:

amil

Proposta nº:

Vigência:

Entidade de Classe:

Pelo presente, declaro expressamente que, após ter recebido, lido e compreendido o “Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde” (MPS), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), CONCORDO E ESTOU CIENTE QUE:

1. Este instrumento é meu Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato de plano coletivo por adesão de cobertura de despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas, celebrado entre a Supermed Administradora de Benefícios Ltda. e a AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A, e destinado à população que mantenha vínculo com a minha “Entidade”.
2. Mantenho vínculo com a Entidade de Classe indicada no cabeçalho desta Proposta, sendo que a documentação comprobatória desse vínculo está sendo entregue por mim ao angariador, no ato da assinatura desta, para que seja conferida pela Supermed Administradora de Benefícios Ltda, podendo esta Proposta ser recusada em razão da falta da minha elegibilidade.
3. Poderão ser admitidos neste contrato, na qualidade de BENEFICIÁRIOS Dependente(s) em relação ao BENEFICIÁRIO Titular, desde que comprovado o vínculo de parentesco e que possuam até 69 (sessenta e nove) anos, 11(once) meses e 29 (vinte e nove) dias, exclusivamente no mesmo plano do titular, as seguintes pessoas: cônjuge ou companheiro(a); filhos(as) solteiros(as), naturais ou adotivos, com guarda provisória ou definitiva, enteados(as) e tutelados(as) na forma da lei; filhos inválidos de qualquer idade.
4. Sou o único responsável pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu(s) dependente(s) sobre toda e qualquer circunstância que possa influir na aceitação desta Proposta, na manutenção ou no valor mensal do plano, sabendo que omissões ou dados errôneos acarretarão a perda de todos os meus direitos, bem como os do(s) meu(s) dependente(s), decorrentes do plano.
5. Analisada a documentação e as informações prestadas nesta Proposta, de acordo com a legislação vigente, ocorrerá a implantação pela Operadora e o plano terá início na data indicada no campo “Início da vigência do benefício”, no cabeçalho das páginas desta proposta, e tanto eu quanto meu(s) dependente(s) passaremos a ser denominados “beneficiários”.
6. Assim que eu assumir a condição de beneficiário titular, ficam outorgados à Supermed Administradora de Benefícios Ltda amplos poderes para me representar, assim como o(s) meu(s) beneficiário(s) dependente(s), perante a AMIL e outros órgãos, em especial a ANS, no cumprimento e/ou nas alterações deste plano, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.

Contrato de Adesão

Contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão



ANS Nº 421405

Administradora
de Benefícios

SUPERMED

ANS Nº 326305

Operadora:

amil

Proposta nº:

Vigência:

Entidade de Classe:

7. O contrato coletivo firmado entre a Supermed Administradora de Benefícios Ltda e a AMIL, contrato que passarei a integrar, vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, podendo ser renovado, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, no prazo de 60 (sessenta) dias, de qualquer das partes, seja pela Supermed Administradora de Benefícios Ltda ou pela AMIL. A vigência do plano indicada na página 3 desta Proposta não se confunde com a vigência do contrato coletivo. Em caso de rescisão desse contrato coletivo, a Supermed Administradora de Benefícios Ltda fará a comunicação desse fato em prazo não inferior a 30 (trinta) dias.
8. O plano cobrirá as despesas com serviços médico-hospitalares relacionados no “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”, instituído pela ANS, no tratamento das doenças codificadas na versão 10 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), observadas as condições gerais deste plano.
9. As coberturas excluídas do plano são aquelas que não se incluem no “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”, da ANS, nem nas demais coberturas opcionais eventualmente oferecidas por este plano, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei nº 9.656/98 e nas normas regulamentares da ANS, cuja relação está detalhada no Manual do Beneficiário.
10. Doença ou lesão preexistente é aquela da qual eu ou meu(s) proponente(s) dependente(s) saiba(mos) ser portador(es) nesta data, seja por diagnóstico feito ou conhecido, devendo declará-la na “Declaração de Saúde” que acompanha esta Proposta. Havendo na “Declaração de Saúde” a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do plano, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).
11. A data de vencimento do pagamento do valor mensal do plano, é a mesma data do início de vigência do mesmo descrita no cabeçalho, e sua forma será aquela indicada na página 18 desta Proposta, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do plano, além de juros de 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia) sobre o valor total do plano. O atraso no pagamento do valor mensal do plano poderá acarretar, durante o período de inadimplência, a suspensão/cancelamento do direito do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ao plano de saúde, direito esse que somente será restabelecido a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos, e posterior autorização da Operadora.
12. Alguns planos ofertados pela Operadora e identificados nas páginas 7 e 8 desta proposta contratual, que é parte integrante desse contrato coletivo por adesão, possuem como sua característica a livre escolha de atendimento, exclusivamente para os procedimentos de consultas e honorários médicos.

Contrato de Adesão

Contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão



ANS N° 421405

Administradora
de Benefícios

SUPERMED

ANS N° 326305

Operadora:

amil

Proposta nº:

Vigência:

Entidade de Classe:

13. Os planos desse contrato coletivo por adesão, identificados nas páginas 7 e 8 desta Proposta, possuem entre os seus mecanismos de regulação a coparticipação, que é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas, exames, terapias e internações. Ocorrerá, inclusive, a incidência de coparticipação para internações psiquiátricas se esta ultrapassar o período de 30 (trinta) dias por ano de contrato, até o percentual máximo de 50%, independente do plano escolhido. Respeitadas as resoluções e instruções normativas da ANS, vigentes à época da estipulação do contrato de plano de saúde coletivo por adesão (o “benefício”) e conforme o quadro de valores apresentados nas páginas 13 a 16 desta Proposta.”
14. Independentemente da data da minha Proposta, o valor mensal do plano poderá sofrer os seguintes reajustes: (i) reajuste anual (financeiro e por índice de sinistralidade), que ocorre quando há alteração de custos, utilização dos serviços médicos e uso de novas tecnologias, sempre na data da assinatura do contrato coletivo por adesão entre a Operadora e a Supermed; (ii) reajuste por mudança de faixa etária, que ocorre quando o beneficiário completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava, conforme tabela a seguir; (iii) reajuste(s) em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela ANS, contratado(s) entre a Supermed Administradora Ltda e a Amil, além de previamente comunicado(s) ao beneficiário.

REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA DOS PLANOS						
Faixa Etária	Amil Adesão Bronze	Amil Adesão Bronze Mais	Amil Adesão Prata	Amil Adesão Ouro	Amil Adesão Platinum	Amil Adesão Platinum Mais
0 - 18	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
19 - 23	35,80%	17,00%	17,00%	17,00%	17,00%	17,00%
24 - 28	17,39%	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%
29 - 33	0,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%
34 - 38	0,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
39 - 43	11,70%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
44 - 48	38,10%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
49 - 53	19,40%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
54 - 58	43,80%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
A partir de 59	41,80%	75,00%	75,00%	75,00%	75,00%	75,00%

15. Devo solicitar e informar expressamente à Supermed Administradora de Benefícios Ltda toda e qualquer alteração cadastral, tal como a eventual perda de elegibilidade, respeitando os prazos e as condições constantes do Manual do Beneficiário.
16. Poderei solicitar o cancelamento do plano à Supermed Administradora de Benefícios Ltda, de acordo com a legislação em vigor e observadas as condições constantes do Manual do Beneficiário. O plano ainda poderá ser cancelado pela Supermed Administradora de Benefícios Ltda no caso de perda da minha elegibilidade. A vigência do plano não se confunde com a data de vencimento de seu pagamento. No caso de cancelamento do plano,

Contrato de Adesão

Contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão



ANS N° 421405

Administradora
de Benefícios

SUPERMED

ANS N° 326305

Operadora:

amil

Proposta nº:

Vigência:

Entidade de Classe:

haverá minha exclusão e a de meu(s) beneficiário(s) dependente(s), sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) não pago(s), incluídos juros e multa.

17. Estou ciente que o cartão de identificação é de uso pessoal e intransferível. No caso de cancelamento desativarei imediatamente o meu cartão de identificação e do(s) meu(s) beneficiário(s) dependente(s), assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida das coberturas, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu conhecimento.
18. Devo encaminhar prontamente à Administradora de Benefícios e/ou à Operadora, quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas.
19. Poderei desistir desta Proposta, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à Supermed Administradora de Benefícios Ltda no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de minha assinatura neste instrumento, autorizando a cobrança do valor mensal do plano, caso esse prazo não seja observado.
20. A minha manifestação de vontade, ao aceitar esta Proposta, não poderá ser questionada pelo mero fato de ter sido assinada por meio eletrônico e, para todos os fins de direito, esta Proposta equivale a um documento particular. Declaro, ainda, aceitar como válido o meio tecnológico adotado pela Supermed Administradora de Benefícios Ltda para a celebração desta Proposta, uma vez que garantidas a autoria e integridade do documento em forma eletrônica, nos termos da legislação em vigor.
21. A Supermed não cobra ou estipula tarifas de cadastro e/ou taxas para a efetivação da contratação de planos de saúde. Todavia, pelos serviços de corretagem, e sem nenhuma ingerência ou participação da Administradora, o corretor(a) autônomo(a) poderá cobrar, diretamente ao (a) cliente, uma remuneração a ser paga no ato da contratação do plano. Sendo certo que tal taxa não deve ser igual ou confundida com o valor da primeira mensalidade do plano escolhido.
22. O Foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente Proposta é o do meu domicílio.

Contrato de Adesão

Contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão



ANS N° 421405

Administradora
de Benefícios

SUPERMED

ANS N° 326305

Operadora:

amil

Proposta nº:

Vigência:

Entidade de Classe:

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para a aceitação desta Proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão, e a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) nas páginas desta Proposta, ao plano.

- ☐ Declaro receber, neste ato, o “Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde” e cópia da presente “Proposta”, da “Carta de Orientação ao Beneficiário” e da “Declaração de Saúde”, e estou ciente de que a lista de prestadores credenciados, de responsabilidade da Operadora, bem como o “Guia de Leitura Contratual” e o Manual do Beneficiário, que reproduz condições contratuais do contrato coletivo e traz os esclarecimentos sobre os aspectos relativos à utilização e manutenção do plano e os direitos e obrigações dos beneficiários, serão disponibilizados a mim por meio eletrônico tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nossos registros estejam regularizados na Operadora.
- ☐ Estou ciente que serão admitidas outras formas de assinatura para esta Proposta, desde que assegurem a sua autenticidade e sejam legalmente permitidas. Aceito como válido o meio tecnológico adotado para o aceite digital desta Proposta, conforme termos dos normativos vigentes.
- ☐ Autorizo a coleta, uso, armazenamento, tratamento e proteção de meus dados pessoais, e dos meus dependentes, (RG, CPF, Nome completo etc.), e os dados de utilização do plano de saúde como consultas, exames, internações, datas de realização etc. Autorizo, ainda, que os meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018, possam ser compartilhados entre a SUPERMED e a OPERADORA, com o objetivo de atuar na viabilização, comercialização e administração dos produtos de assistência médica e/ou odontológica, no cumprimento de obrigações perante os órgãos reguladores e/ou no atendimento à eventuais demandas judiciais.
- ☐ Declaro que possuo absoluta capacidade jurídica para exercer livremente os meus atos civis.
- ☐ Autorizo a obtenção de fotografia do tipo selfie no ato da contratação extraída por funcionalidade do próprio sistema, que poderá ser comparada às fotos dos documentos apresentados e comprovar a autenticidade desta contratação.
- ☐ Declaro que reconheço a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-BRASIL, conforme disposto pelo Art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2/2001 em vigor no Brasil.

Contrato de Adesão

Contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão



ANS N° 421405

Administradora
de Benefícios

SUPERMED

ANS N° 326305

Operadora:

amil

Proposta nº:

Vigência:

Entidade de Classe:

Declaro que as informações aqui prestadas e os documentos apresentados são absolutamente verdadeiros e completos, e me responsabilizo civil e criminalmente por eles.

Local e data

Assinatura eletrônica do beneficiário titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes).

Corretora:

CNPJ da Corretora:

Nome completo do vendedor (corretor autônomo):

CPF do vendedor (corretor autônomo):

Nome Completo do Supervisor:

CPF do Supervisor