

TERMO UNIFICADO DE PROMOÇÕES

PRODUTOS COLETIVOS EMPRESARIAIS DE COBERTURAS AMBULATORIAIS/ HOSPITALARES E OBSTÉTRICAS

**(EXCLUSIVO PARA CONTRATOS COLETIVOS QUE POSSUAM ATÉ 29 BENEFICIÁRIOS)
EXCETO PRODUTO VIP**

Praça autorizada a firmar as presentes promoções: RJ – SP e MG

1 – ATENDIMENTO DOMICILIAR - GOLDEN MED (As condições deste item aplicam-se somente aos optantes por contratar o Golden Med na Ficha Cadastral Empresarial e não são válidas para o produto Golden Fit).

1.1 - Tenho ciência de que ao optar por contratar, na Proposta de Contrato Coletivo Empresarial, o Serviço de Atendimento Médico Domiciliar-GOLDEN MED, gozarei da promoção de gratuidade da referida cobertura opcional - GOLDEN MED, pelo período de 06 (seis) meses, contados do início de vigência do Contrato Coletivo Empresarial firmado entre a CONTRATANTE e a GOLDEN CROSS;

1.2 - Tenho ciência de que após o prazo da gratuidade mencionado no item 1.1, acima, passarei a receber, mensalmente, cobrança relativa à cobertura do Serviço de Atendimento Médico Domiciliar que, conforme tabela de vendas vigente, tem o preço atual de R\$ 9,50 (nove reais e cinquenta centavos) por beneficiário, o qual será reajustado conforme índices e periodicidade previstos nas Condições Gerais do Contrato Coletivo Empresarial firmado entre a CONTRATANTE e a GOLDEN CROSS;

1.3 - Tenho ciência de que a cobertura opcional do Serviço de Atendimento Médico Domiciliar não alcança os procedimentos administrativos de transferência de planos;

1.4 - Tenho ciência que a promoção é válida somente para beneficiários domiciliados nos municípios pertencentes à área de atuação da Cobertura Opcional do Serviço de Atendimento Médico Domiciliar, conforme cláusula contratual do GOLDEN MED;

1.5 - Tenho ciência e me comprometo, caso não tenha interesse em dar continuidade ao Serviço de Atendimento Médico Domiciliar após o período de 06 (seis) meses, informar à Golden Cross com 30 (trinta) dias de antecedência contados do término da mencionada promoção, conforme item 1.1;

1.6 - Declaro ter conhecimento e concordar com as cláusulas contratuais da Cobertura Opcional do Serviço de Atendimento Médico Domiciliar GOLDEN MED, que passa a fazer parte integrante e inseparável das Condições Gerais do Contrato.

2 – ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO - REDE MASTER (As condições deste item aplicam-se somente aos Beneficiários da Empresa Estipulante que optarem em contratar o Goldental 2 na Proposta de Adesão ao Plano Odontológico Coletivo Empresarial até 29 Beneficiários).

2.1 - Tenho ciência que ao contratar o produto coletivo empresarial com cobertura de despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas para um grupo beneficiado de, no máximo, 29 (vinte e nove) beneficiários, conforme Proposta de Contrato Coletivo posso gozar da promoção de contratar o plano coletivo empresarial com cobertura de despesas odontológicas GOLDENTAL 2, ao custo de R\$ 21,00 (vinte e um reais) mensal per capita, para os Beneficiários Titulares e respectivos Dependentes, com isenção temporária no valor da mensalidade nos primeiros 09 (nove) meses de vigência do Contrato Coletivo Empresarial com cobertura de despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas. Após esse período o valor mensal per capita do GOLDENTAL 2 será cobrado e reajustado regularmente, de acordo com as regras estabelecidas nas Condições Gerais do produto;

2.2 - Tenho ciência que somente poderei gozar dessa promoção caso possua e/ou mantenha um grupo de, no máximo, 29 (vinte e nove) beneficiários, tanto no Contrato Coletivo Empresarial com cobertura de despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas, como no Contrato Coletivo Empresarial com cobertura de despesas odontológicas GOLDENTAL 2;

2.3 - Tenho ciência que os Beneficiários Titulares e/ou Dependentes incluídos após o início de vigência do contrato do Contrato Coletivo Empresarial com cobertura de despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas também poderão ser beneficiados pela condição citada no item 2.1, considerando para tal apenas o período restante para o término dos 09 (nove) primeiros meses de vigência do Contrato Coletivo Empresarial com cobertura de despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas;

2.4 - Tenho ciência que, de acordo com as regras estabelecidas nas condições gerais, poderei cancelar o Contrato Coletivo Empresarial com cobertura de despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas, e manter o Contrato Coletivo Empresarial com cobertura de despesas odontológicas - GOLDENTAL 2. Declaro ter ciência e concordo que, nesta hipótese a condição promocional acima mencionada de redução ou isenção temporária no valor da mensalidade será cancelada e o preço mensal per capita será cobrado, imediatamente. Também estou ciente e concordo que caso o pedido de cancelamento ocorra durante o período de inadimplência do contrato, a condição promocional será cancelada retroativamente, sendo devida a cobrança da mensalidade do Contrato Coletivo Empresarial com cobertura de despesas odontológicas - GOLDENTAL 2, a partir do mês seguinte a última mensalidade quitada do Contrato Coletivo Empresarial com cobertura de despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas;

2.5 - Tenho ciência de que o produto objeto da presente promoção é o coletivo empresarial com cobertura de despesas odontológicas - GOLDENTAL 2 – Rede MASTER, código OR 70, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 471298146;

2.6 - Declaro, para os devidos fins de direito, que recebi, li, entendi e estou de acordo com as condições dispostas no Contrato Coletivo Empresarial com cobertura de despesas odontológicas - GOLDENTAL 2, registro ANS nº 471298146.

3 – DA POSSIBILIDADE DE INCLUSÃO DE FILHOS MAIORES, ATÉ 40 (QUARENTA ANOS) COMO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE DO BENEFICIÁRIO TITULAR.

3.1- Tenho ciência que poderei incluir, na condição de Beneficiário Dependente do Beneficiário Titular, filho(s) maior(es) até 40 (quarenta) anos de idade.

4 – DA POSSIBILIDADE DE INCLUSÃO DE AGREGADO COMO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE QUANDO DA CONTRATAÇÃO DO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

4.1 - Tenho ciência que nesta data e somente neste ato de contratação do plano coletivo empresarial, poderei incluir, na condição de **Beneficiário Dependente Agregado** do Beneficiário Titular, filho(s) maior(es) de 41 (quarenta e um anos), pai, mãe, irmão(s), neto(s), sobrinho(s) consanguíneo(s), sogro(a) somente se o cônjuge ou companheiro for beneficiário do referido contrato, genro e nora, padasto e madrasta somente se o pai ou a mãe do titular for beneficiário do referido contrato, cunhado(a) somente se o irmão, a irmã ou cônjuge do titular for beneficiário do referido contrato e desde que o número mínimo de beneficiários no contrato com agregado seja igual ou maior a 03 (três) beneficiários, conforme exigido nas Condições Gerais do produto contratado. Portanto, imediatamente após a data de contratação do plano coletivo empresarial, com a inclusão do Grupo Beneficiável Inicial, não serão mais permitidas quaisquer inclusões de Beneficiário Dependente Agregado especificadas neste item.

5 – REDUÇÕES DE CARÊNCIAS PARA NOVOS BENEFICIÁRIOS E PARA BENEFICIÁRIOS ADVINDOS DA CONCORRÊNCIA (Relação de Concorrentes e produtos similares Anexo I).

5.1 - Tenho ciência que ao contratar o produto coletivo empresarial com cobertura de despesas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas terei direito as reduções dos prazos de carências, conforme quadro a seguir, desde que os pedidos de inclusão ocorram juntamente com a assinatura da Proposta do Contrato Coletivo Empresarial e estejam acompanhados dos documentos relacionados no item 5.4. **Na ausência dos referidos documentos, ou ainda, na hipótese de inelegibilidade para reduções de carências de advindos da concorrente similar, os Proponentes serão implantados com a redução de carência para novos associados;**

ITENS	GRUPOS	PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS NORMAIS	REDUÇÃO 1		REDUÇÃO 2		REDUÇÃO 3	
				NOVOS ASSOCIADOS OU ADVINDOS DA CONCORRÊNCIA (Até 11 meses contribuição)		ADVINDOS DA CONCORRÊNCIA (Com tempo contribuição de no mínimo 12 meses)		ADVINDOS DA CONCORRÊNCIA AMIL - BRADESCO - SULAMERICA - UNIMED (Tempo contribuição de no mínimo 12 meses)	
				Até 20 BENEF.	Acima de 21 BENEF.	Até 20 BENEF.	Acima de 21 BENEF.	Até 20 BENEF.	Acima de 21 BENEF.
A	Urgência e Emergência (*)	Conforme Artigo 12, inciso V da Lei 9.656/98 e CONSU 13/1998.	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
B	Consultas Médicas	Todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.	30 dias	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
	Exames Complementares	Raio X simples, análises clínicas e todos os decorrentes de consultas médicas, exceto aqueles especificados a seguir.							
C	Serviços Auxiliares	Sessões/consultas com fisioterapeuta, nutricionista ou de acupuntura.	180 dias	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
D	Exames Complementares	Anatomopatologia e citopatologia, densitometria óssea, duplex scan, ecocardiografia, eletroencefalograma, endoscopias digestiva alta e baixa (com ou sem biopsia), exames decorrentes de doenças ginecológica, respiratória e urológica, exames com doppler, exame genético, exame oftalmológico, exame otorrinolaringológico, laparoscopia, cintilografias, neurofisiologia, radiologia contrastada, ressonância magnética, teste de função pulmonar, tococardiografia, tomografia computadorizada, ultrassonografia em geral, ultrassonografia obstétrica, urodinâmica, tomografia de coerência óptica em conformidade com as diretrizes de utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar.	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	24 horas	24 horas	24 horas
E	Casos Clínicos e Cirúrgicos	Todos os procedimentos clínicos e cirúrgicos, exceto aqueles descritos na letra F.	180 dias	180 dias	90 dias	30 dias	24 horas	24 horas	24 horas
F	Casos Clínicos e Cirúrgicos	Artroscopia diagnóstica e cirúrgica, biopsia e punção, radiologia intervencionista, C4D fragmento, cirurgias cardíacas e neurológicas, incluindo cirurgias de coluna, estudos hemodinâmicos, cirurgias cardiovasculares, cirurgias bucomaxilofacial, implante de anel intraestromal, oncologia, transplante, implante de cardiodesfibrilador multissítio-TRC-D, implante de monitor de eventos (looper implantável), tratamento hiperatividade vesical, terapia imunobiológica endovenosa e subcutânea em conformidade com as diretrizes de utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	24 horas	180 dias	24 horas
G	Serviços Auxiliares	Termoterapia transpupilar a laser, laserterapia para tratamento da mucosite oral/orofaringe, diálise, hemoterapia, quimioterapia e radioterapia, exames decorrentes de doenças neurológicas, cardiovasculares, angiografia, angiotomografia e angiressonância coronariana.	180 dias	180 dias	90 dias	120 dias	24 horas	120 dias	24 horas
H	Serviços Auxiliares	Sessões/consultas com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo ou de psicoterapia.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias

(*) De acordo com a Cláusula de urgência e Emergência de seu contrato.

5.2 -Tenho ciência e concordo que as reduções de carência, descritas no quadro anterior (“5.1”), não são aplicáveis às hipóteses de Cobertura Parcial Temporária (CPT), cujo instituto é aquele que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

5.3 - Tenho ciência que a relação de concorrentes e produtos similares encontram-se no Anexo I ao presente Termo Unificado de Promoções;

5.4 - Tenho ciência de que para as Promoções das **REDUÇÕES 2 e 3** de Carências para Beneficiários Advindos da Concorrência é necessário tempo de contribuição de, no mínimo, 12 (doze) meses ininterruptos na mesma Operadora concorrente, comprovado por meio de cópia dos 3 (três) últimos boletos pagos e cópia do contrato ou Declaração de Tempo de Contribuição dos beneficiário incluído no plano/seguro, sendo vedada a acumulação de períodos em mais de uma Operadora concorrente;

5.5 - Tenho ciência de que a inadimplência no concorrente similar descrita no item 5.4 deve ser no máximo de 30(trinta) dias;

5.6 - Tenho ciência que as reduções de carências descritas no quadro anterior só iniciam após aceitação da Proposta de Contrato Coletivo Empresarial pela Golden Cross e não configuram portabilidade;

5.7 - Tenho ciência que as reduções de carências descritas no quadro anterior **não são válidas para Parto Prematuro (300 dias), Parto a Termo (300 dias) e Doenças ou Lesões Preexistentes (24 meses), cujos prazos de carências cumprirão integralmente as descritas nas Condições Gerais do Contrato Coletivo Empresarial firmado com a Golden Cross;**

5.8 - Tenho ciência que as reduções dos prazos de carências descritas no quadro anterior não alteram as coberturas do plano, as exclusões e limitações de cobertura, expressas nas Condições Gerais do Contrato Coletivo Empresarial firmado com a Golden Cross;

5.9 - Tenho ciência que os Beneficiários Titulares incluídos em até 30 (trinta) dias, contados de sua admissão no emprego, também terão as reduções de carências previstas no quadro anterior, conforme o caso, assim como os Dependentes, desde que incluídos juntamente com o Titular;

5.10 - Tenho ciência que os Beneficiários Titulares incluídos após 30 (trinta) dias de sua admissão no emprego cumprirão integralmente as carências descritas nas Condições Gerais do Contrato Coletivo Empresarial firmado com a Golden Cross;

5.11 - Tenho ciência que todas as demais inclusões, não tratadas neste Termo Unificado de Promoções, deverão seguir, integralmente, as regras previstas nas Condições Gerais do Contrato Coletivo Empresarial firmado com a Golden Cross;

5.12 - Tenho ciência que o presente Termo Unificado de Promoções não é aplicável aos Contratos Coletivos Empresariais firmados por Microempreendedor Individual – MEI.

ATENÇÃO: Seguem relacionados na página seguinte (5/5) os Proponentes que solicitaram a análise de documentos para verificação do preenchimento dos requisitos para a redução de carências de Beneficiários Advindos das Concorrência, descritas no quadro de Redução de Carência (Pág. 3/5) respeitando a relação de similaridade – Anexo I.

6 – DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE DOCUMENTAÇÃO

6.1 - Declaro que recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e que tenho ciência e concordo com o seu inteiro teor;

6.2 - Tenho ciência que receberei junto com a carteira de identificação do plano, o Guia de Leitura Contratual.

Razão Social da Empresa **CONTRATANTE** do Contrato Coletivo Empresarial

Local e Data

Assinatura do CONTRATANTE (Responsável)

RELAÇÃO DE PROPONENTES QUE SOLICITARAM A ANÁLISE DE DOCUMENTOS PARA A VERIFICAÇÃO DO PREENCHIMENTO DOS REQUISITOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS.

Atenção! Observados os demais requisitos de aceitação desta Proposta:

Se, após análise da Operadora, for verificado que **não** foi apresentada a documentação necessária para a comprovação do tempo mínimo de contribuição e da similaridade com a concorrência (Cláusulas 5.1 e 5.4 do Termo Unificado de Promoções), os Proponentes listados abaixo serão implantados com a redução de carências **conforme os documentos apresentados para comprovação dos referidos requisitos.**

As reduções de carências selecionadas são exclusivas para novas contratações e não configuram portabilidade.

Em caso de dúvidas, entre em contato com seu corretor.