

Ficha de inclusão de Grupo Familiar em Seguro Plano Coletivo - SPG/Empresarial



Para contratos firmados após 1º/01/1999 ou adaptados à Lei n.º 9656/98.

ATENÇÃO!

CONFIRA SE SEUS DADOS ESTÃO CORRETOS

Preenchidos somente pelo Corretor.

Registro na ANS 005711	Operadora OdontoPrev S.A.	CNPJ 58.119.199/0001-51	Registro na ANS 30194-9
Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante			

01. Dados do Titular

Legenda Sexo: 1 - Masc 2 - Fem Estado Civil: 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Separado/Divorciado Parentesco: 1 - Cônjuge 2 - Filho 8 - Outros

Nome
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX CPF
000.000.000-00

Preencher conforme legenda acima. Sexo: 0 Data de Nascimento: 00/00/0000 DNV (Declaração de Nascido Vivo)
RIC (Registro de Identificação Civil) Matrícula Funcional

Natureza da Identificação (RG, CNH etc.) XX Número do Documento 0000000 Órgão Expedidor XXXXX

Cargo/Profissão XXXXX PIS/PASEP País de Origem (p)

Cód. E-mail XXXXXXXXXXXX@XXXXX.XXX

Preencher conforme legenda acima. Est. Civil: 0 Altura (cm) Peso (kg) Data de Início no Contrato Nome da Mãe XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

PREENCHER A PUNHO

Ex.:
Altura: 1,80
Peso: 75

Ps. Peso sem casas decimais

02. Titular Inativo - Demitido ou Aposentado

Situação () Vitalício () Data de Cancelamento
1 - Demitido 2 - Aposentado 1 - Sim 2 - Não

03. Endereço Residencial

Endereço Completo (Abreviaturas: Rua (R.)/Avenida (Av.)/Praça (Pça.)/Alameda (AL.)/Apartamento (Ap.)/Bloco (BL.)/Quadra (Qd.)/Edifício (Ed.)
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Bairro XXXXXXXXXXXX Cidade XXXXXXXXXXXX CEP 00.000-000 UF XX

(DDD) Telefone 1 (00) 00000-0000 Ramal (DDD) Telefone 2 Ramal

04. Portabilidade/Transferências (Bradesco ou outros Planos/Seguros de Saúde)

() 1 - Portabilidade 2 - Transferência 3 - Não se aplica Nas situações 1 e 2, anexar documentos e informar:

Nome da operadora de origem XXXXXXXXXXXX Registro na ANS Data de Início no plano de origem 00/00/0000 Número do Cartão do plano de origem 0000000000000000

05. Dados do Plano

Plano: () Ambulatorial e Hospitalar com obstetria (Top) Plano: () Hospitalar com obstetria

Rede (Se Efetivo, indicar a geração - I, II, III ou IV):
() Nacional () Nacional Flex () Regional () Saúde Rio
() Premium () Preferencial () Perfil () Saúde 1+
() Nacional Plus () Preferencial Plus () Efetivo ____
Acomodação:
() Quarto
() Enfermaria
(Exceto Premium e Nacional Plus)
Rede:
() Nacional () Quarto
() Nacional Plus () Enfermaria
(Exceto Rede Nacional Plus)

Código do Plano na Cia. Código Região de cotação Nome da Região

06. Forma de Reembolso das Despesas Ocorridas Fora da Rede Referenciada/Credenciada

1. Crédito Automático Banco (N.º/Nome) 000 XXXXXXXXXXX Agência (Cód./Díg.) 0000 0
2. Ordem de Pagamento () Nome da Agência XXXXXXXX Conta-corrente Díg. 0000 0

07. Dados de Angariação

Código do Angariador na Cia. Código do Corretor na Cia. Da
Código da Agência na Cia. Código do Supervisor na Cia. Código do Preposto na Cia.

RUBRICAR FINAL DESTA PÁGINA

08. Dependente(s)

Legenda	Sexo: 1 - Masc 2 - Fem	Estado Civil: 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Separado/Divorciado 5 - Outros
	Parentesco: 1 - Cônjuge 2 - Filho 3 - Mãe 4 - Pai 5 - Sogro 6 - Tutelado 7 - Outros	

Código 01	Nome do Dependente 01 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
	CPF 000.000.000-00	Data de Nascimento 00/00/0000	Altura (cm)	Peso (kg)	Data do vínculo (casamento ou união estável ou nascimento/adoção) 00/00/0000	
	Preencher conforme legenda.	Sexo 0	Est. Civil 0	Parentesco 0	Nome da Mãe do Dependente 01 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
	CNS (Cartão Nacional de Saúde)			DNV (Declaração de Nascido Vivo)		

01. Portabilidade/Transferências (Bradesco ou outros Planos/Seguros de Saúde)	<input type="checkbox"/> 1 - Portabilidade 2 - Transferência 3 - Não se aplica			Nas situações 1 e 2, anexar documento		
	Nome da operadora de origem XXXXXXXXXXXX			Registro na ANS	Data de Início 00/00/00	

Código 02	Nome do Dependente 02					
	CPF	Data de Nascimento	Altura (cm)	Peso (kg)	Data	
	Preencher conforme legenda.	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 02	
	CNS (Cartão Nacional de Saúde)			DNV (Declaração de Nascido Vivo)		RIC (Registro de Identificação Civil)

01. Portabilidade/Transferências (Bradesco ou outros Planos/Seguros de Saúde)	<input type="checkbox"/> 1 - Portabilidade 2 - Transferência 3 - Não se aplica			Nas situações 1 e 2, anexar documentos e informar:		
	Nome da operadora de origem			Registro na ANS	Data de Início no plano de origem	Número do Cartão do plano de origem

Código 03	Nome do Dependente 03					
	CPF	Data de Nascimento	Altura (cm)	Peso (kg)	Data do vínculo (casamento ou união estável ou nascimento/adoção)	
	Preencher conforme legenda.	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 03	
	CNS (Cartão Nacional de Saúde)			DNV (Declaração de Nascido Vivo)		RIC (Registro de Identificação Civil)

01. Portabilidade/Transferências (Bradesco ou outros Planos/Seguros de Saúde)	<input type="checkbox"/> 1 - Portabilidade 2 - Transferência 3 - Não se aplica			Nas situações 1 e 2, anexar documentos e informar:		
	Nome da operadora de origem			Registro na ANS	Data de Início no plano de origem	Número do Cartão do plano de origem

Código 04	Nome do Dep					
	CPF	Data de Nascimento	Altura (cm)	Peso (kg)	Data do vínculo (casamento ou união estável ou nascimento/adoção)	
	Preencher conforme legenda.	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Mãe do Dependente 04	
	CNS (Cartão Nacional de Saúde)			DNV (Declaração de Nascido Vivo)		

01. Portabilidade/Transferências (Bradesco ou outros Planos/Seguros de Saúde)	<input type="checkbox"/> 1 - Portabilidade 2 - Transferência 3 - Não se aplica			Nas situações 1 e 2, anexar documento		
	Nome da operadora de origem			Registro na ANS	Data de Início no plano de origem	Número do Cartão do plano de origem

Eu, _____, na qualidade de pai/mãe/responsável legal do(s) beneficiário(s) menor(es) de 12 anos indicado(s) acima, autorizo que a Bradesco Saúde realize o tratamento de seus dados pessoais, especificamente para os fins indicados neste documento, e reconhoço que fui orientado a respeito das finalidades do tratamento e da possibilidade de revogação do meu consentimento a qualquer momento, ciente de que, neste caso, a(s) criança(s) perderá(ão) a qualidade de beneficiário(s).

Local/Data _____ de _____ de _____.

Assinatura do Proponente titular _____

PREENCHER A PUNHO
Ex.:
Altura: 1,80
Peso: 75
Ps. Peso sem casas decimais

PREENCHER SE HOUVER DEPENDENTE MENOR DE 12 ANOS DE IDADE

PREENCHER LOCAL E DATA
ASSINATURA DO TITULAR IGUAL AO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operações 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 dessa opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problemas 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 ESSA 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 isso 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 estabelecidos no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação de Declaração de Saúde por parte da operadora para essa 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 nesse 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 ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO: Se a operadora oferecer redução ou isenção de carências, isso não significa que dará cobertura assistencial para 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 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 o endereço eletrônico: www.ans.gov.br > **Perfil Beneficiário**.

PREENCHER LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TITULAR IGUAL AO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ANS

Beneficiário

Intermediário e

Local _____ Data / /

Local _____ Data / /

Nome _____

Nome _____

CPF _____

Assinatura _____

Assinatura _____

Todos os campos destacados com ícone serão preenchidos somente pelo Corretor.

Companhia Seguradora	Bradesco Saúde S.A.	CNPJ	92.693.118/0001-60	Registro na ANS	005711
Cia.	Contrato	Subfatura	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante		
571					

09. Declaração de Saúde

Para habilitar-se à contratação deste grupo, V.S.^a deverá preencher e assinar a Declaração de Saúde, registrando todas as informações sobre doenças ou lesões de que seja portador, e das quais tenha conhecimento, com relação a si e a todos os dependentes que pretenda incluir no seguro.

Caso se enquadre em uma das situações elencadas adiante, NÃO há obrigatoriedade de preenchimento da Declaração de Saúde:

- Ingresso em apólice com 100 (cem) ou mais Segurados, sendo que o pedido de inclusão, manifestado por meio desta ficha, está sendo realizado dentro do prazo de elegibilidade ao contrato (admissão/casamento/nascimento/adoção).
- Pedido de inclusão por portabilidade de carências, não sendo a segmentação assistencial do novo plano superior a do plano de origem, nos termos da Resolução Normativa - RN n.º 438, da ANS.
- Transferência entre planos da Bradesco Saúde, tendo permanecido no plano anterior por período mínimo de 24 (vinte e quatro) meses, sem descontinuidade de cobertura, e não possuindo o novo plano segmentação assistencial superior a do plano de origem.

INFORMAÇÕES RELEVANTES

09.1. A "Seguradora" declara que cumpre toda legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n.º 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n.º 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema, comprometendo-se a tratar os dados pessoais coletados por meio deste instrumento para a sua execução e somente nos estritos limites e finalidades aqui previstos, como controlador de dados pessoais ou por meio de seus operadores, nos termos da lei aplicável ou com o devido embasamento legal, sem transferi-los a qualquer terceiro, exceto se expressamente autorizado pelo titular dos dados, por este ou outro instrumento ou, ainda, para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória ou em caso de decisão judicial que obrigue o fornecimento. Nesse sentido, a Seguradora informa ainda que as informações solicitadas podem conter dados de natureza sensível, os quais serão tratados dentro dos limites e finalidades aqui previstos, em observância às disposições da Lei Geral de Proteção de Dados, bem como das demais normas regulatórias e setoriais aplicáveis.

09.1.1. Para mais informações sobre a forma pela qual tratamos os seus dados pessoais, acesse a Diretiva de Privacidade ou entre em contato com nosso Encarregado de Proteção de Dados, por meio do e-mail: protecao.dados@bradescoseguros.com.br.

09.2. No preenchimento desta Declaração de Saúde, V.S.^a tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico referenciado da Bradesco Saúde. Alternativamente, poderá optar por um médico de sua escolha, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

09.2.1. Caso opte pela orientação de médico Referenciado, solicite, ao seu Corretor, a Relação de Referenciados da Bradesco Saúde habilitados a realizar esse procedimento.

09.3. Esta Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e/ou lesões preexistentes, como sendo aquelas que V.S.^a tenha conhecimento no momento da assinatura da ficha de inclusão desse grupo, em relação a si próprio ou a qualquer um de seus dependentes que pretende incluir no seguro.

09.4. Havendo Declaração de Doença e/ou Lesão Preexistente (DLP), a Bradesco Saúde aplicará a Cobertura Parcial Temporária (CPT) para todas as doenças declaradas. Dessa forma, o proponente com DLP não terá direito aos procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS e a eventos cirúrgicos ou internação em leitos de alta tecnologia relacionados à doença e/ou à lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

09.5. A omissão de informação sobre a existência de doença e/ou lesão preexistente no momento da contratação ou para qualquer dependente, pode acarretar na rescisão do contrato por procedimentos referentes à doença e/ou à lesão declarada, nos termos da legislação aplicável, inclusive o artigo 13, parágrafo único, inciso II, da lei n.º 9.656/98, os quais dispõem que o consumidor ou seu representante, faça declarações inexatas ou omita circunstâncias que possam afetar a contratação do seguro.

09.6. Definição: Cobertura Parcial Temporária (CPT) é o período de 24 (vinte e quatro) meses em que as doenças e/ou lesões preexistentes declaradas pelo consumidor não têm cobertura. A cobertura de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS e internação em unidade de tratamento intensivo, assim considerados aqueles que apresentam as características definidas na Portaria GM n.º 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.

PREENCHER LOCAL E DATA
ASSINATURA DO TITULAR IGUAL AO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

_____, _____ de _____ de _____.

Local/Data

Assinatura do Proponente titular

09. Declaração de Saúde (continuação)

PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO

Leitura e preenchimento com respostas Sim (S) ou Não (N). Todos os itens com SIM (S) deverão ser relatados, de acordo com a declaração.

Se necessário, apresentar análise médica, documentos complementares, tais como: laudo de exames, relatórios e outros.

PREENCHER COLUNAS DE ACORDO COM A QUANTIDADE DE SEGURADOS NA FICHA

Ps. OS CAMPOS DEVEM SER RESPONDIDOS A PUNHO

Item	Títular	Dependentes			
		Cód. 01	Cód. 02	Cód. 03	Cód. 04
1. Tem ou teve alguma doença endocrinológica, tal como hipotireoidismo, tireoidite, obesidade e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
2. Tem ou teve câncer? Se sim, informe a data do diagnóstico, o órgão afetado, o tratamento realizado, o período de tratamento e as manifestações da doença em outros órgãos (metástases).	Não	Não			
3. Tem ou teve doenças sexualmente transmissíveis ou outras doenças infecto-contagiosas, tal como Aids, doenças venéreas, hepatite, meningites, tuberculose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
4. Submete-se a algum tipo de tratamento à base de quimioterapia, radioterapia, diálise ou litotripsia? Se sim, informe o tipo de tratamento e o tipo de patologia.	Não	Não			
5. Tem ou teve hérnia, tal como inguinal uni/bilateral, umbilical, incisional e outras? Se sim, informe a data da cirurgia.	Não	Não			
6. Tem ou teve alguma doença cardiovascular, tal como angina, infarto do miocárdio, cardiopatia e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado, o período de tratamento e a data da cirurgia.	Não	Não			
7. Tem ou teve hipertensão arterial (pressão alta)? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
8. Tem ou teve alguma doença do aparelho respiratório, tal como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite, enfisema e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
9. Tem ou teve alguma doença do ouvido, nariz ou garganta, tal como sinusite, desvio de septo, amigdalite, otite e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
10. Tem ou teve alguma doença gastroenterológica, tal como úlcera, cirrose hepática, pancreatite, doença inflamatória intestinal e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
11. Tem ou teve alguma doença ortopédica, tal como escoliose, cifose, artrose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
12. Tem ou teve alguma doença reumática, tal como artrite, lúpus e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
13. Tem ou teve alguma doença neurológica, tal como acidente vascular cerebral (derrame), doença de Parkinson, epilepsia, paralisia cerebral, doença de Alzheimer, esclerose múltipla e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			

ASSINATURA DO TITULAR IGUAL AO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura do Proponente titular

09. Declaração de Saúde (continuação)

Itens	Titular	Dependentes			
		Cód. 01	Cód. 02	Cód. 03	Cód. 04
16. Tem ou teve doença psiquiátrica, tal como depressão, esquizofrenia, demência, transtorno bipolar ou outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
17. Tem ou teve doença hematológica, tal como anemia, leucemia, linfoma, doença de Hodgkin ou outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
18. Tem ou teve doença renal, tal como doença renal crônica ou de seus derivados? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
19. Tem ou teve doença oftalmológica, tal como catarata, miopia, glaucoma, estrabismo, astigmatismo, hipermetropia e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento, as doenças associadas com manifestações oftalmológicas, o uso de óculos, lentes de contato e o grau de correção necessária.	Não	Não			
20. Tem ou teve alguma doença ginecológica, tal como mioma uterino, cisto de ovário, nódulo de mama, prolapso genital e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
21. Tem ou teve alguma doença urológica ou renal, tal como cálculo renal, insuficiência renal, doença de próstata, varicocele e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
22. Tem ou teve alguma doença ou deformidade congênita ou hereditária? Se sim, informe qual.	Não	Não			
23. Tem ou teve varizes? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
24. É portador de alguma seqüela provocada por alguma doença ou acidente? Se sim, informe a data do acidente/doença e o tipo de seqüela.	Não	Não			
25. É portador de prótese e/ou órtese, tal como marca-passo, prótese ortopédica, válvula cardíaca, stent? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
26. É transplantado ou tem indicação de submeter-se a algum tipo de transplante? Se sim, informe a data do transplante ou a data de indicação do transplante e o tipo de transplante.	Não	Não			
27. Está grávida? Se sim, informar o tempo de gravidez.	Não	Não			
28. Tem ou teve qualquer outra deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
29. Tem ou teve alguma outra doença ou condição médica não mencionada nas perguntas anteriores? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
30. Tem ou teve algum tratamento clínico? Se sim, informe o tipo de tratamento e o período de tratamento.	Não	Não			
31. Encontra-se afastado de sua atividade profissional? Encontra-se em internação hospitalar ou domiciliar (Home Care)? Já realizou algum procedimento cirúrgico ou tem alguma cirurgia programada? Se sim, informe nos esclarecimentos.	Não	Não			

PREENCHER COLUNAS DE ACORDO COM A QUANTIDADE DE SEGURADOS NA FICHA

Ps. OS CAMPOS DEVEM SER RESPONDIDOS A PUNHO

ASSINATURA DO TITULAR IGUAL AO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Certifique-se de que foram preenchidas todas as vias da Declaração de Saúde.

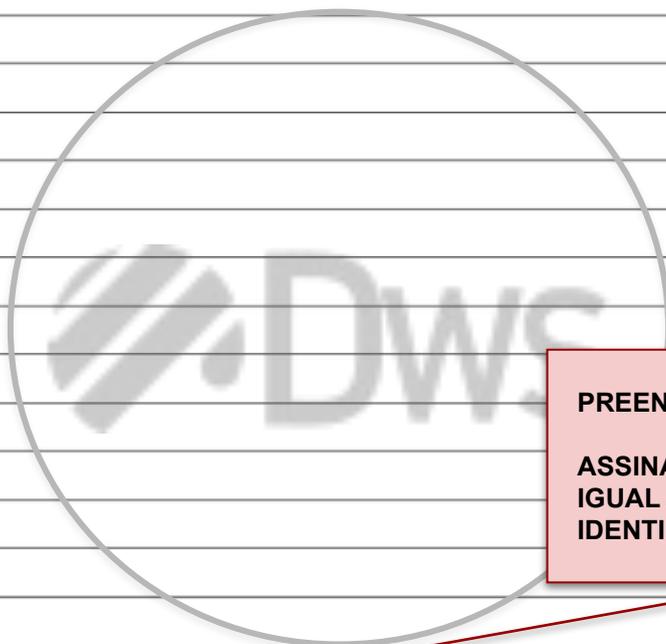
Assinatura do Proponente titular

**MARCAÇÃO
COM "X" NA
OPÇÃO 3**

10. Entrevista

- 1. Declaro que fui orientado por médico Referenciado da Bradesco Saúde no preenchimento da Declaração de Saúde.
- 2. Declaro que fui orientado pelo meu médico particular, não Referenciado da Bradesco Saúde, no preenchimento da Declaração de Saúde.
- 3. Declaro que me foram oferecidas as opções 1 e 2 acima especificadas e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, deixei de fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nessa Declaração.

Este campo deve ser utilizado para as observações do Médico Orientador, se ocorridas as situações identificadas nos itens 1 e 2 acima. Tais observações devem ser registradas de próprio punho, conforme determina o art. 11, inciso I, da Resolução Normativa - RN n.º 162, de 17/10/2007, da ANS.



**PREENCHER LOCAL E DATA
ASSINATURA DO TITULAR
IGUAL AO DOCUMENTO DE
IDENTIFICAÇÃO**

Local/Data _____ de _____ de _____

Assinatura do Proponente titular _____

Eu, _____,
na condição de Corretor/Angariador, afirmo que não preenchi a
Declaração de Saúde em nome do proponente.

Estou ciente de que os dados pessoais e informações constantes
neste documento são confidenciais, os quais deverão ser
utilizados apenas para as finalidades que justificaram a sua
coleta, jamais sendo utilizados para fins que não sejam do
conhecimento do segurado.

Assinatura do Corretor/Angariador _____

Assinatura do Médico Orientador, c/ carimbo e CRM, quando for o caso. _____



Todos os campos destacados com ícone serão preenchidos somente pelo Corretor.

Companhia Seguradora		Bradesco Saúde S.A.	CNPJ	92.693.118/0001-60	Registro na ANS	005711
Cia.	Contrato	Subfatura	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante			
571						

11. Declaração do Proponente - SEGURO-SAÚDE

Pela presente, autorizo a inclusão do meu nome e o de meus dependentes na apólice do Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar solicitada à Bradesco Saúde S.A. pelo estipulante mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome e no de meus dependentes no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato ser encaminhados diretamente ao aludido estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação.

Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento, em especial o item Declaração de Saúde, e que nada omiti sobre meu estado de saúde e o de meus dependentes e que esses foram consultados para o correto preenchimento da referida Declaração tendo prestado informações completas e verídicas. Autorizo que médicos e/ou clínicas consultados durante a utilização do meu plano prestem, aos médicos da Bradesco Saúde S.A., para fins de prevenção a fraudes e quando necessário para o exercício regular de direitos da Bradesco Saúde S.A., informações sobre o meu estado de saúde, podendo tais informações serem utilizadas como meios de provas em direito admitidas ou junto a órgãos reguladores e a órgãos de classe, sem que isso represente qualquer ofensa ao sigilo médico, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade relacionada à violação do sigilo profissional, sendo observadas a privacidade e a proteção dos dados pessoais, assim como a legislação aplicável.

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas nesta ficha, em meu nome e em nome dos meus dependentes, sejam elas preenchidas manualmente ou digitadas.

Estou, também, ciente de que:

1. Este seguro só terá validade após a aceitação da proposta e de que as informações que prestei na "Declaração de Saúde" poderão levar a Seguradora a solicitar esclarecimentos e/ou acolher o seguro com aplicação da Cobertura Parcial Temporária (CPT). Somente com a disponibilização do Cartão de Identificação ficará caracterizada a aceitação desta ficha.
2. Será aplicada a Cobertura Parcial Temporária sempre que forem identificadas Doenças e/ou Lesões Preexistentes, independente de eventual redução ou isenção de carências pela Seguradora. **CPT não é carência!**
3. Autorizo que as minhas informações fornecidas neste documento, bem como as de meus dependentes, especialmente as dos menores de 12 (doze) anos, sejam utilizadas para fins de programas de gestão e promoção da saúde desenvolvidos pela Seguradora ou por empresas por ela contratadas.
 - 3.1. Em caso de discordância com o descrito no item 3, devo me manifestar por meio de carta, de próprio punho, direcionada à Bradesco Saúde, anexada a esta ficha.

Declaro que a conta-corrente informada para crédito dos reembolsos é de minha titularidade, responsabilizando-me pela exatidão dos dados fornecidos, autorizando o banco indicado a efetuar o crédito na respectiva conta-corrente. Estou ciente de que qualquer alteração cadastral havida na conta-corrente indicada deverá ser imediatamente comunicada à Seguradora.

Declaro que o produto indicado nesta proposta está sendo adquirido por livre e espontânea vontade, por ser de meu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação disponibilizados pelo Banco Bradesco S.A. e demais sociedades pertencentes ao mesmo grupo econômico, aos seus respectivos clientes e usuários de seus serviços.

Tenho conhecimento:

- Do inteiro teor das Condições Gerais desse seguro, em poder do estipulante e disponível para consulta;
- Das condições de cobertura do Seguro Viagem Bradesco (exceto para o plano Perfil e Nacional Flex), também em poder do estipulante e disponível para consulta;
- Do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e do Guia de Leit

Os dados presentes neste documento serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando, a Lei Geral da natureza do documento, ele pode conter dados sensíveis, que devem ser tratados com a máxima confidência para outros fins, sob pena das consequências disciplinares, administrativas e judiciais aplicáveis.

Para obter maiores informações sobre como os seus dados pessoais são tratados pela Bradesco Saúde, consulte em <http://www.bradescoseguranca.com.br> > Segurança da Informação > Privacidade.

PREENCHER LOCAL E DATA
ASSINATURA DO TITULAR IGUAL AO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

_____, _____ de _____ de _____.

Local/Data

Assinatura do Segurado/Beneficiário titular

Declaração do Proponente

Ficha de Inclusão de Grupo Familiar em Plano Coletivo - SPG/Empresarial



Todos os campos destacados com ícone serão preenchidos somente pelo Corretor.

Companhia Seguradora **OdontoPrev S.A.** CNPJ 58.119.199/0001-51 Registro na ANS 30194-9

Contrato Subfatura Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante

12. Declaração do Proponente - PLANO ODONTOLÓGICO

Pela presente, autorizo a minha inclusão, bem como a de meus dependentes, no Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica (Plano Coletivo), firmado pelo contratante mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome e no de meus dependentes no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais do referido contrato, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato ser encaminhados diretamente ao aludido contratante que, para tal fim, fica investido nos poderes de representação.

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas neste Termo de Opção, inclusive as que estão impressas.

Estou ciente de que a Operadora poderá utilizar-se de todos os meios de prova em direito admitidos para elucidar os eventos odontológicos relacionados a este contrato, autorizando o fornecimento das informações necessárias ao dentista indicado pela Operadora, sendo observadas a privacidade e a proteção dos meus dados pessoais, bem como a legislação aplicável.

Estou ciente, também, de que tanto eu como meus dependentes poderemos ser convocados, a qualquer momento, para nos submetermos a exames de auditoria odontológica, em consultórios indicados pela Operadora, sem que eu tenha de arcar com o ônus financeiro desse atendimento, tendo tal convocação o caráter de obrigatoriedade.

Tenho conhecimento de que o Departamento de Recursos Humanos de minha empresa (contratante) está apto a prestar-me esclarecimentos a respeito das Condições Gerais do contrato, inclusive quanto às regras para utilização do plano, para inclusões fora do prazo, opções de aumento de cobertura, se assim estiverem previstos.

Declaro, ainda, que a presente opção é feita de livre e espontânea vontade, por ser de meu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação disponibilizados pelo Banco Bradesco S.A. e demais sociedades pertencentes ao mesmo grupo econômico, aos seus respectivos Clientes e usuários de seus serviços.

Declaro ter conhecimento do inteiro teor das Condições Gerais do Contrato Coletivo que se encontra em poder do contratante, bem como do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) - Odontológico, entregue pelo contratante.

As Operadoras, Bradesco Saúde e Odontoprev, declaram que cumprem toda legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n.º 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n.º 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema, comprometendo-se a tratar os dados pessoais coletados por meio deste instrumento para a sua execução e somente nos estritos limites e finalidades aqui previstos, como controlador de dados pessoais ou por meio de seus operadores, nos termos da lei aplicável ou com o devido embasamento legal, sem transferir os a qualquer terceiro, exceto se expressamente autorizado pelo titular dos dados, por este ou outro instrumento ou, ainda, para o cumprimento de obrigação legal ou para o fornecimento. Nesse sentido, as Operadoras informam ainda que as informações solicitadas podem conter dados pessoais e informações de caráter sigiloso, em observância às disposições da Lei Geral de Proteção de Dados, bem como de outros dispositivos legais. Para mais informações sobre a forma pela qual tratamos os seus dados pessoais, acesse a Diretiva de Privacidade de Dados, por meio dos e-mails: protecao.dados@bradescosseguros.com.br e privacidade.dados@odontoprev.com.br. Os dados presentes neste documento serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade de a segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando, a Lei Geral de Proteção de Dados, e para a natureza do documento, ele pode conter dados sensíveis, que devem ser tratados com a máxima confidencialidade e não serem utilizados para outros fins, sob pena das consequências disciplinares, administrativas e judiciais aplicáveis.

Para obter maiores informações sobre como os seus dados pessoais são tratados pela Bradesco Saúde e pela Odontoprev, acesse o link <http://www.bradescoseguranca.com.br> > Segurança da Informação > Privacidade e <https://portal.odontoprev.com.br/home/portugues/politica-de-privacidade/index.xhtml>.

PREENCHER LOCAL E DATA

**ASSINATURA DO TITULAR
IGUAL AO DOCUMENTO DE
IDENTIFICAÇÃO**

Local/Data _____ de _____ de _____

Assinatura do Segurado/Beneficiário titular

Central de Atendimento a Clientes
Consultas e Informações.

Capitais e Regiões Metropolitanas: **4004 2700**
Demais Localidades: **0800 701 2700**

Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h, exceto feriados.

SAC: **0800 727 9966**

Deficiência Auditiva ou de Fala: **0800 701 2708**
Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria: **0800 701 7000** / Deficiência Auditiva ou de Fala: **0800 701 7877**

Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria, das 8h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados