

ATENÇÃO!
COMPLETAR COM
DADOS DO CLIENTE
OS CAMPOS
CONFORME
PREENCHIDOS NO
MODELO

**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.

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	Operadora OdontoPrev S.A.	CNPJ 58.119.199/0001-51	Registro na ANS 30194-9
----------------------------------------------------	----------------------------	---------------------------	-------------------------------------	----------------------------	----------------------------

Tipo 3	Cia. 005	Contrato	Subfatura	Nome da empresa estipulante/substipulante/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 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			CPF 000.000.000-00		
--------------------------------	--	--	-----------------------	--	--

Preencher conforme legenda acima	Sexo 0	Data de Nascimento 00/00/0000	DNV (Declaração de Nascido Vivo)		CNS (Cartão Nacional de Saúde)
----------------------------------	------------------	----------------------------------	----------------------------------	--	--------------------------------

RIC (Registro de Identificação Civil)		Matrícula Funcional	Data de Admissão 00/00/0000		
---------------------------------------	--	---------------------	--------------------------------	--	--

Natureza da Identificação (RG, CNH etc.) XX	Número do Documento 0000000	Órgão Expedidor (DETRAN, IFR, CR etc.) XXXXXX		Data de Expedição 00/00/0000	
------------------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------------------	--	---------------------------------	--

Cargo/Profissão XXXXXX	PIS/PASEP	País de Origem (proponente/titular Estrang.)			
---------------------------	-----------	----------------------------------------------	--	--	--

Cód. XXXXXX	E-mail XXXXXXXXXXXX@XXXXXX.XXX				
----------------	-----------------------------------	--	--	--	--

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

02. Titular Inativo - Demitido ou Aposentado					
-----------------------------------------------------	--	--	--	--	--

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

03. Endereço Residencial

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

Bairro XXX XXXXXXX	Cidade XXXXXXXXXXXX	CEP 00.000-000	UF XX
-----------------------	------------------------	-------------------	----------

(DDD) Telefone 1 (00) 00.000-0000	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 XXXXXXXXXX	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 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 (Exeto Premium e Nacional Plus)		Rede: () Nacional () Nacional Plus () Enfermaria (Exeto Rede Nacional Plus)	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------	--

Código do Plano na Cia.	Código Região de contratação	Nome da Região			
-------------------------	------------------------------	----------------	--	--	--

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

1. Crédito Automático	Banco (N.º/Nome) 000 XXXXXXXXX	Agência (Cód./Dig.) 0000	0
-----------------------	------------------------------------------	------------------------------------	----------

2. Ordem de Pagamento () (Somente Agência Bradesco)	Nome da Agência XXXXXXX	Conta-corrente 0000	Dig. 0
---------------------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------	------------------

07. Dados de Angariação

Código do Angariador na Cia.	Código do Corretor na Cia.	Data de
Código da Agência na Cia.	Código do Supervisor na Cia.	Código

**RUBRICAR DO CLIENTE
NESTA PÁGINA**

**PREENCHIMENTO
CODIFICADO EM
NUMERAL
CONFORME LEGENDA**

**PREENCHIMENTO DO
CLIENTE, VERIFICAR
DEVE SER A PUNHO**

Ex.:
Altura: 1,80
Peso: 75

**Ps. Peso sem casas
decimais**

**PREENCHIMENTO
CODIFICADO EM
NUMERAL
CONFORME OPÇÕES
NO CAMPO AO LADO**

**MARCAR COM "X"
DE ACORDO COM O
PLANO DE ADESÃO
DA PROPOSTA**

**PREENCHIMENTO
CODIFICADO EM
NUMERAL
CONFORME OPÇÕES
NO CAMPO AO LADO**

**SE OPÇÃO 1,
PREENCHER OS
DADOS BANCÁRIOS
DO CLIENTE**

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	Data de Nascimento	Altura (cm)	Peso (kg)	Data do vínculo (casamento ou união estável ou nascimento/adoção)		
	000.000.000-00	00/00/0000			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)		RIC (Registro de Identificação Civil)		

PREENCHER OS DADOS DOS DEPENDENTES EM ORDEM CRONOLÓGICA

PREENCHIMENTO DO CLIENTE, VERIFICAR DEVE SER A PUNHO

Ex.:
Altura: 1,80
Peso: 75

Ps. Peso sem casas decimais

PREENCHIMENTO CODIFICADO EM NUMERAL CONFORME LEGENDA

PREENCHIMENTO CODIFICADO EM NUMERAL CONFORME OPÇÕES NO CAMPO AO LADO

Código 02	01. 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	Número do Cartão do plano de origem		
Nome do Dependente 02							
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 02						
CNS (Cartão Nacional de Saúde)			DNV (Declaração de Nascido Vivo)		RIC (Registro de Identificação Civil)		

Código 03	01. 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			Registro na ANS	Data de Início no plano de origem	Número do Cartão do plano de origem		
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)		

Código 04	01. 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			Registro na ANS	Data de Início no plano de origem	Número do Cartão do plano de origem		
Nome do Dependente 04							
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 04						
CNS (Cartão Nacional de Saúde)			DNV (Declaração de Nascido Vivo)		RIC (Registro de Identificação Civil)		

Código 05	01. 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			Registro na ANS	Data de Início no plano de origem	Número do Cartão do plano de origem		

CLIENTE PREENCHER SE HOVER DEPENDENTE MENOR DE 12 ANOS DE IDADE

CLIENTE PREENCHER LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TITULAR IGUAL AO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Eu, _____, na qualidade de pai/mãe/responsável legal do(s) beneficiário(s) menor(es) de 12 anos indicados acima, autorizo que a Bradesco Saúde realize o tratamento de seus dados pessoais, especificamente para os fins indicados neste documento, e reconheço 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

Assinatura do Proponente titular

Assinatura do Angariador/Corretor

ASSINATURA DO VENDEDOR OU CORRETOR

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 Agravio, 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 carência, 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 Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no 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 a página da ANS: www.ans.gov.br > Perfil Beneficiário.

PREENCHER NOME COMPLETO DO TITULAR

PREENCHIMENTO DO CLIENTE:

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

Beneficiário	
Local _____	Data ____/____/____
Nome _____	
Assinatura _____	

Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário	
Local _____	Data ____/____/____
Nome _____	
CPF _____	
Assinatura _____	

PREENCHIMENTO E ASSINATURA DO VENDEDOR OU CORRETOR

Declaração de Saúde

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



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



Cla.	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 do preenchimento desta Declaração, para si ou para qualquer dependente, pode acarretar na rescisão do contrato por fraude e responsabilizá-lo financeiramente pelos procedimentos referentes à doença e/ou à lesão declarada, nos termos da legislação em vigor (artigo 766 do Código Civil Brasileiro e o artigo 13, parágrafo único, inciso II, da lei n.º 9.656/98), os quais dispõem que o contrato poderá ser rescindido caso o Segurado, por si ou por seu representante, faça declarações inexatas ou omita circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no preço do seguro.
- 09.6. Definição: Cobertura Parcial Temporária (CPT) é o período de 24 (vinte e quatro) meses, estabelecido em contrato, durante o qual as doenças e/ou lesões preexistentes declaradas pelo consumidor não têm cobertura integral, podendo, nesse período, haver exclusão da 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.

PREENCHIMENTO E ASSINATURA DO TITULAR IGUAL AO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Local/ Data

Assinatura do Proponente titular

Assinatura do Angariador/Corretor

ASSINATURA DO VENDEDOR OU CORRETOR

09. Declaração de Saúde (continuação)

PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO

Leia e preencha todas as questões de 1 a 31 com respostas Sim (S) ou Não (N). Todos os itens com SIM (S) deverão ser relatados, de forma detalhada, no item 32 ao fim da Declaração.

A Seguradora poderá solicitar, para fins de análise médica, documentos complementares, tais como: laudo de exames, relatórios médicos e/ou encaminhá-los à perícia médica.

Itens	Titular	Dependentes			
		Cód. 01	Cód. 02	Cód. 03	Cód. 04
1. Tem ou teve diabetes? Se sim, informe no quadro ao fim deste questionário a data do diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento e as complicações a ela associadas.	Não	Não			
2. Tem ou teve alguma doença endócrina, 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			
3. 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			
4. 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			
5. 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			
6. Tem ou teve hérnia, tal como inguinal uni/bilateral, umbilical, incisional e outras? Se sim, informe a data da cirurgia.	Não	Não			
7. 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			
8. Tem ou teve hipertensão arterial (pressão alta)? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
9. 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			
10. 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			
11. 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			
12. 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			
13. Tem ou teve hérnia de disco cervical, lombar ou dorsal? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
14. 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			
15. 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			

PREENCHIMENTO DO CLIENTE NAS COLUNAS DE ACORDO COM A QUANTIDADE DE SEGURADOS NA PROPOSTA

Ps: OS CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS A PUNHO

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, alcoolismo, dependência de drogas e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado (psicoterápico) e o período de tratamento.	Não	Não			
17. Tem ou teve alguma doença de sangue tal como anemia, leucemia, linfoma, doença de Hodgkin, mieloma múltiplo e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	Não	Não			
18. Submete-se a alguma transfusão de sangue ou de seus derivados? Se sim, informe a data de transfusão e o motivo.	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 sequela provocada por alguma doença ou acidente? Se sim, informe a data do acidente/doença e o tipo de sequela.	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 doença não relacionada nas perguntas anteriores? Se sim, informe o tipo e a data do tratamento realizado.	Não	Não			
30. Está ou tem indicação para submeter-se a algum tratamento clínico? Se sim, informe-o especificamente.	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			

PREENCHIMENTO DO CLIENTE NAS COLUNAS DE ACORDO COM A QUANTIDADE DE SEGURADOS NA PROPOSTA

Ps: OS CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS A PUNHO

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

ASSINATURA DO TITULAR IGUAL AO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura do Proponente titular

Declaração do Proponente

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



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

Cla. 571 Contrato Subfatura Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante

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 o inclui 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:

- Este seguro só terá validade após a aceitação da proposta e de que as informações que constarem 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.
- 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!
- 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.
 - 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, a 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 disponível para consulta;
- Do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e do Guia de Leitura Contratual, entregues pelo estipulante.

Os dados presentes neste documento serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando, a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018). Em razão da natureza do documento, ele pode conter dados sensíveis, que devem ser tratados com a máxima confidencialidade, jamais sendo copiados, mantidos ou 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, consulte a nossa Política de Privacidade disponível para consulta em <http://www.bradescoseguranca.com.br> > Segurança da Informação > Privacidade.

PREENCHIMENTO E ASSINATURA DO TITULAR IGUAL AO DOCUMENTO PESSOAL

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 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 (sem pre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal nº 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 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, as Operadoras informam 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.

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 dos e-mails: protecao.dados@bradescoseguros.com.br e privacidade.dados@odontoprev.com.br.

Os dados presentes neste documento serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando, a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018). Em razão da natureza do documento, ele pode conter dados sensíveis, que devem ser tratados com a máxima confidencialidade, jamais sendo copiados, mantidos ou 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, consulte a nossa Política de Privacidade disponível para consulta em <http://www.bradescoseguranca.com.br> > Segurança da Informação > Privacidade e <https://portal.odontoprev.com.br/home/portugues/politica-de-privacidade/index.xhtml>.

PREENCHIMENTO E ASSINATURA DO TITULAR IGUAL AO DOCUMENTO PESSOAL

Local/Data

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