

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Para solicitação de movimentação cadastral, siga as instruções abaixo:

a) Assinale o(s) tipo(s) de movimentação(ões) desejada(s).

b) Preencha, obrigatoriamente, TODAS as informações solicitadas no item 2 (Dados Cadastrais do Titular), que estão assinaladas com *. Elas serão usadas para sua identificação e validação cadastral.

c) Para solicitar:

ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS DO TITULAR - preencha TODAS as informações solicitadas no item 2 (Dados Cadastrais do Titular), independente de estarem assinaladas com *.

INCLUSÃO OU ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS DO(S) DEPENDENTE(S) - no item 3 (Relação dos Dependentes), assinale a(s) opção(ões) desejada(s) e preencha TODAS as informações solicitadas. Preencha, também, o item 4 (Dados do Plano),

Importante: No caso de INCLUSÃO DE DEPENDENTES, além dos itens 3 (Relação dos Dependentes) e 4 (Dados do Plano), é obrigatório o preenchimento dos itens: 5 (Demonstrativo do Valor Inicial da Mensalidade), 6 (Dados de Cobrança), 7 (Declaração de Saúde) e 8 (Entrevista Qualificada), bem como a entrega da cópia dos seguintes documentos:

* RG ou certidão de nascimento;

* CPF (obrigatório para maior de 16 anos);

* certidão de casamento, escritura pública de união estável ou declaração feita junto ao órgão/entidade com observância dos requisitos legais (em caso de companheiro);

* comprovante de matrícula (para os filhos entre 21 e 24 anos que sejam estudantes);

* comprovante da dependência econômica (IRPF).

ALTERAÇÃO DO PLANO (mesma operadora) - verifique os planos disponíveis para o seu contrato e preencha TODAS as informações solicitadas nos itens 4 (Dados do Plano) e 5 (Demonstrativo do Valor Inicial da Mensalidade).

Importante: * Para alteração de plano para outra operadora é necessário solicitar o cancelamento do plano atual e preencher uma nova proposta de adesão.

* Ao solicitar a alteração do plano, a mesma será válida para o titular e dependentes.

ALTERAÇÃO DOS DADOS DE COBRANÇA - preencha TODAS as informações solicitadas no item 6 (Dados de Cobrança) e assine no local indicado para "Assinatura do Titular da Conta Bancária".

Importante: Ao optar pela forma de pagamento "Consignação em Folha", além do preenchimento de TODAS as informações solicitadas no item 6 (Dados de Cobrança), inclusive dados bancários, é necessário preencher o Tipo de Beneficiário, a Matrícula do Servidor e Matrícula do Pensionista (quando houver), localizados no item 2 (Dados Cadastrais do Titular do Plano).

d) Preencha o local, data e assine TODAS as páginas.

e) No caso de INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S), reuna as cópias dos documentos obrigatórios e envie por correspondência à ALIANÇA ADMINISTRADORA, aos cuidados do Departamento de Cadastro, situada no SCN Quadra 05, Bloco A, Torre Norte, Sala 418, Edifício Brasília Shopping, Brasília-DF, CEP: 70.715-900.

As solicitações poderão ser encaminhadas por Correios, no endereço aqui indicado; por fax: (61) 2103-7058; ou por e-mail: aceitacao@aliancaadm.com.br para adesões e alteracaocadastral@aliancaadm.com.br para alteração cadastral, (com documentação digitalizada).

IMPORTANTE:

A solicitação de movimentação cadastral (alteração e inclusão) deverá ser efetivada de acordo com o período de movimentação cadastral definido para o seu contrato.

A falta de alguma informação ou de cópia do(s) documento(s) obrigatório(s), bem como a informação ilegível, poderá ocasionar atraso ou a não efetivação da solicitação.

As alterações cadastrais, principalmente de endereço, endereço eletrônico e conta bancária para débito, quando for o caso, deverão ser comunicadas formalmente à ALIANÇA ADMINISTRADORA, assumindo o beneficiário titular a responsabilidade pela incorreção das informações ou sua não informação.

1. TIPO DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

- ☐ ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS
- ☐ ALTERAÇÃO DE PLANO (Mesma Operadora)
- ☐ ALTERAÇÃO DE DADOS DE COBRANÇA
- ☐ INCLUSÃO DE DEPENDENTE
- ☐ INCLUSÃO DE OPCIONAIS

2. DADOS CADASTRAIS DO TITULAR DO PLANO (os campos com * são de preenchimento obrigatório)

Razão Social – Pessoa Jurídica Subestipulante *			
Entidade Vinculada (se houver) *	Lotação (se houver) *		
Nome Completo do Titular do Plano *			Sexo*EC²*
CPF *	Data de Nascimento *	Nº Declaração de Nascido Vivo	Cartão Nacional de Saúde
Nº do Documento	Tipo de Documento	Órgão Emissor	UF Data de Expedição
Tipo de Beneficiário	Matrícula Servidor¹	Matrícula Pensionista	Ocupação Principal
☐ Ativo ☐ Inativo ☐ Pensionista			
Nome da Mãe (completo)			
Endereço para Correspondência (Rua, Avenida, Praça) *			Número *
Complemento *		Bairro *	
Cidade *	UF *		CEP *
Tipo de Endereço *	Email *		
☐ Residencial ☐ Comercial			
DDD* Telefone Residencial *	DDD* Telefone Comercial *	Ramal*	DDD* Telefone Celular * PIS/PASEP

LEGENDA:

¹ Matrícula do servidor no órgão de recebimento dos proventos.

² EC (Estado Civil): S - Solteiro(a), C - Casado(a), V - Viúvo, D - Divorciado, J - Separado Judicialmente.

³ PAR (Parentesco): 11 - Cônjuge, 13 - Filho(a), 15 - Menor sob guarda, 16 - Pai/Mãe.

3. RELAÇÃO DOS DEPENDENTES

- ☐ INCLUSÃO ☐ ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS

Nome Completo				SexoEC²
CPF	Data de Nascimento	Nº Declaração de Nascido Vivo	Cartão Nacional de Saúde	PAR³
Nº do Documento	Tipo de Documento			
Órgão Emissor	UF	Data de Expedição	PIS/PASEP	
Nome da Mãe (completo)				

- ☐ INCLUSÃO ☐ ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS

Nome Completo				SexoEC²
CPF	Data de Nascimento	Nº Declaração de Nascido Vivo	Cartão Nacional de Saúde	PAR³
Nº do Documento	Tipo de Documento			
Órgão Emissor	UF	Data de Expedição	PIS/PASEP	
Nome da Mãe (completo)				

Local e Data

Assinatura do Titular

☐ INCLUSÃO ☐ ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS

Nome Completo _____ Sexo^{EC2} _____

CPF _____ Data de Nascimento ____/____/____ N° Declaração de Nascido Vivo _____ Cartão Nacional de Saúde _____ PAR³ _____

Dep. 03 N° do Documento _____ Tipo de Documento _____

Órgão Emissor _____ UF _____ Data de Expedição ____/____/____ PIS/PASEP _____

Nome da Mãe (completo) _____

☐ INCLUSÃO ☐ ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS

Nome Completo _____ Sexo^{EC2} _____

CPF _____ Data de Nascimento ____/____/____ N° Declaração de Nascido Vivo _____ Cartão Nacional de Saúde _____ PAR³ _____

Dep. 04 N° do Documento _____ Tipo de Documento _____

Órgão Emissor _____ UF _____ Data de Expedição ____/____/____ PIS/PASEP _____

Nome da Mãe (completo) _____

4. DADOS DO PLANO

Tipos de Plano: ☐ SAÚDE ☐ ODONTO ☐ OPCIONAL

Operadora - Razão Social _____ Reg. Oper. - ANS _____

Nome do Plano Escolhido _____ Registro do Plano - ANS _____

Tipo de Contratação	Abrangência	Serviços	Acomodação
☐ Com Coparticipação	☐ Regional	☐ Ambulatorial-Hospitalar	☐ Quarto Coletivo
☐ Sem Coparticipação	☐ Nacional	☐ Hospitalar	☐ Quarto Individual

Carência

☐ Integral ☐ Reduzida ☐ Nula Data do Início do Benefício ____/____/____

Os períodos de carência estipulados com a operadora passarão a contar a partir desta data.

5. DEMONSTRATIVO DO VALOR INICIAL DA MENSALIDADE - De acordo com a faixa etária do titular e dependente (s)

Titular		Dependente 1		Dependente 2		Dependente 3		Dependente 4		Mensalidade Total R\$
IDADE	MENSALIDADE	IDADE	MENSALIDADE	IDADE	MENSALIDADE	IDADE	MENSALIDADE	IDADE	MENSALIDADE	

Obs.: Os valores da mensalidade sofrerão alteração de acordo com as regras definidas na proposta de adesão.

6. DADOS DE COBRANÇA

Forma de Pagamento _____ Descrição do Órgão de Pagamento _____ Código do Órgão _____

☐ Débito em Conta ☐ Consignação em Folha

Titular da Conta Bancária _____ Nome Completo - Titular da Conta Bancária _____ CPF - Titular da Conta Bancária _____

☐ Titular Plano ☐ Outro

N° Bco¹ _____ Nome do Banco _____ Agência _____ N° da Conta _____ TP² _____ CO³ _____

(1) Bancos Conveniados: 001 - Banco do Brasil | 033 - Santander | 104 - Caixa Econômica Federal | 237 - Bradesco | 341 - Banco Itaú

(2) TP - Tipo de Conta: C corrente ou P poupança

(3) CO - No caso de CEF especificar o código da operação

Obs.: 1) Verifique se a opção consignação em folha está disponível para o seu contrato;

2) Em caso de consignação em folha, é obrigatório o preenchimento dos dados bancários e do Órgão de Pagamento acima, bem como do Tipo de Beneficiário, da Matrícula do Servidor e Matrícula do Pensionista, quando houver, localizados no item 2 (dois) desse formulário.

A forma de pagamento referente ao plano de assistência à saúde será consignação em folha de pagamento e/ou débito em conta e será efetivada na data estipulada para o seu contrato.

Eventuais diferenças no valor da mensalidade, originadas de movimentações cadastrais, tais como: alteração de plano, inclusão ou exclusão de beneficiário, realizadas após o envio das informações para consignação em folha serão cobradas ou devolvidas no mês subsequente.

Autorizo a ALIANÇA ADMINISTRADORA a realizar a consignação em folha e/ou o débito em conta do valor referente à mensalidade e a coparticipação, quando houver, do plano de assistência à saúde escolhido na proposta de adesão ou nesse formulário, bem como o crédito de reembolso, quando for o caso. Em caso de inexistência de margem consignável ou da impossibilidade de efetivação da consignação, autorizo a Aliança Administradora a realizar o débito em conta do valor devido, conforme dados bancários informados neste item.

Local e Data

Assinatura do Titular

Caso seja cliente do **Banco do Brasil** ou **Banco Itaú**, com objetivo de agilizar o envio ao RH, das informações referentes ao pagamento da mensalidade do seu Plano de saúde, solicitamos que realize junto aos "Terminais de Auto Atendimento" do seu banco ou pelos "sites www.bb.com.br ou www.itau.com.br", para Banco do Brasil e Itaú respectivamente, a autorização para cobrança via Débito em Conta da mensalidade do Plano de Saúde. Excepcionalmente a cobrança de sua 1ª mensalidade, poderá ser realizada por meio de boleto bancário.

IMPORTANTE- No caso de sua modalidade de cobrança ser "Consignação em Folha", esse procedimento precisa ser feito, pois, havendo impossibilidade da consignação, a mensalidade será cobrada através de Débito em Conta.

Local e Data

Assinatura do Titular da Conta Bancária

7. DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Com o propósito de atender à operadora escolhida, o beneficiário titular deverá preencher e assinar a declaração de saúde consoante modelo aprovado pelas operadoras contratadas pela ALIANÇA ADMINISTRADORA, registrando todas as informações sobre doenças de que seja portador e das quais tenha conhecimento, com relação a si e aos dependentes que incluir no plano.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

7.1. Para o preenchimento da Declaração de Saúde, o beneficiário titular deverá observar as orientações da Carta de Orientação ao Beneficiário, entregue na assinatura da proposta de adesão ou neste formulário, tendo a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico da operadora ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

7.2. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente será aplicada pela operadora a cobertura parcial temporária (CPT), na forma determinada pela Lei nº 9.656/98 e sua atualização.

7.2.1. Doenças ou lesões preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e o inciso IX do artigo 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000;

7.2.2. Cobertura parcial temporária (CPT) é aquela 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;

7.2.3. Agravamento é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário;

PREENCHIMENTO

Os campos abaixo deverão ser preenchidos com S (SIM) ou N (NÃO). Caso um ou mais itens sejam afirmativos, esclareça-os no quadro complementar no final deste questionário.

		Titular	Dependentes			
			1º	2º	3º	4º
Declare o peso atual.						
Declare a altura.						
1	Tem ou teve alguma doença do aparelho respiratório, tal como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite, enfisema ou outra?					
2	Tem ou teve alguma doença oftalmológica, tal como catarata, glaucoma, astigmatismo, miopia, hipermetropia ou outra? Usa óculos ou lentes de contato? Fez cirurgia refrativa?					
3	Tem ou teve alguma doença do ouvido, nariz ou garganta, tal como sinusite, desvio de septo, amigdalite, otite ou outra?					
4	Tem ou teve alguma doença neurológica, tal como acidente vascular cerebral (derrame), doença de Parkinson, epilepsia, paralisia cerebral, Alzheimer, esclerose múltipla ou outra?					
5	Tem ou teve hipertensão arterial (pressão alta)?					
6	Tem ou teve alguma doença cardiovascular, tal como angina, infarto do miocárdio, cardiopatia ou outra?					

Local e Data

Assinatura do Titular

7. DECLARAÇÃO DE SAÚDE

		Titular	Dependentes			
			1º	2º	3º	4º
7	Tem ou teve doença das veias e artérias (varizes, trombozes, aneurismas, hemorróidas, má circulação entre outras?)					
8	Tem ou teve alguma prótese e/ou órtese, tal como marca-passo, prótese ortopédica, válvula cardíaca, stent ou outra?					
9	Tem ou teve diabetes?					
10	Tem ou teve alguma doença urológica ou renal, tal como cálculo renal, insuficiência renal, doença de próstata, varicocele ou outra?					
11	Tem ou teve alguma doença gastroenterológica, tal como úlcera, cirrose hepática, pancreatite, doença inflamatória intestinal ou outra?					
12	Tem ou teve hérnias (hiato, inguinal, umbilical, incisional, entre outras)?					
13	Tem ou teve alguma doença sexualmente transmissível ou outra doença infectocontagiosa, tal como AIDS, doenças venéreas, hepatite, meningite, tuberculose ou outra?					
14	Tem ou teve câncer? Em que órgão? Apresenta metástases?					
15	Tem ou teve doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfoma, anemia falciforme, talassemia, entre outras)?					
16	Submeteu-se a algum tipo de tratamento à base de quimioterapia, radioterapia, diálise ou litotripsia?					
17	Tem ou teve alguma doença ortopédica, tal como hérnia de disco, escoliose, cifose, artrose, osteomielite ou outra?					
18	Tem ou teve alguma doença reumática, tal como artrite, lúpus, tendinite, gota ou outra?					
19	Tem ou teve alguma doença endocrinológica, tal como hipotireoidismo, tireoidite, obesidade ou outra?					
20	Tem ou teve alguma doença ginecológica, tal como mioma uterino, cisto de ovário, nódulo de mama, prolapso genital ou outra?					
21	Tem ou teve indicação para submeter-se a algum tratamento clínico ou cirúrgico?					
22	Tem ou teve alguma doença ou deformidade congênita ou hereditária?					
23	Está grávida? Se sim, informar o tempo de gravidez.					
24	Tem ou teve alguma doença psiquiátrica, tal como depressão, esquizofrenia, demência, alcoolismo, dependência de drogas ou outra?					
25	É transplantado ou tem indicação de submeter-se a algum tipo de transplante?					
26	Tem ou teve alguma sequela provocada por doença ou acidente?					
27	Tem ou teve alguma doença ortopédica, tal como hérnia de disco, escoliose, cifose, artrose, osteomielite ou outra?					
28	Tem ou teve alguma doença ortopédica, tal como hérnia de disco, escoliose, cifose, artrose, osteomielite ou outra?					

Local e Data

Assinatura do Titular

Caso tenha assinalado afirmativamente qualquer das questões acima, esclareça os itens correspondentes, informando época do diagnóstico, tratamentos já realizados e sua respectiva duração, complicações, data de cirurgias (se houver) e quaisquer informações pertinentes:

Item	Titular/Dependente(s)					Ano do Evento	Esclarecimentos
	Tit.	1º	2º	3º	4º		
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		

8. ENTREVISTA QUALIFICADA

- () 1. Declaro que fui orientado por médico referenciado da operadora no preenchimento da declaração de saúde, item 7 (sete).
- () 2. Declaro que fui orientado pelo meu médico particular, não referenciado da operadora, no preenchimento da declaração de saúde, item 7 (sete).
- () 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.

Local e Data

Assinatura do Médico Orientador, se for o caso

CRM, se for o caso

9. AUTORIZAÇÕES

Autorizo a ALIANÇA ADMINISTRADORA, como estipulante do meu plano de assistência à saúde coletivo empresarial contratado, a que proceda à cobrança da mensalidade do beneficiário correspondente aos serviços de assistência à saúde e gestão, na forma prevista no item 6 (seis) da presente proposta.

Autorizo a ALIANÇA ADMINISTRADORA a enviar comunicações e informações sobre o plano contratado, outros produtos de assistência à saúde, bem como dados relativos ao pagamento da mensalidade, carta de reajuste e cancelamento **exclusivamente** pelo e-mail indicado nesta proposta e/ou por mensagem instantânea.

10. CONDIÇÕES GERAIS

10.1. O presente formulário de movimentação é parte integrante do meu contrato coletivo empresarial/adesão estipulado pela ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE S.A., CNPJ 08.407.581/0001-92, doravante denominada ALIANÇA ADMINISTRADORA, com a operadora ou seguradora, decorrente do termo de acordo firmado com a pessoa jurídica ou entidade de classe subestipulante. Não se trata, portanto, de adesão a um plano individual com a operadora ou seguradora.

10.2. A ALIANÇA ADMINISTRADORA é investida de todos os poderes inerentes à função de estipulante, dentre outros, para representar os beneficiários que aderirem ao plano no cumprimento ou nas alterações das cláusulas contratuais, bem como na negociação do reajuste ou modificação dos valores das mensalidades.

10.2.1. Ao ter assumido a condição de beneficiário titular, por meio da assinatura da proposta de adesão este outorguei à ALIANÇA ADMINISTRADORA amplos poderes para me apresentar, assim como ao(s) meu(s) beneficiário(s) dependente(s), perante a operadora e outros órgãos, em especial a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no cumprimento e/ou nas alterações dos benefícios, bem como na negociação dos reajustes dos seus valores mensais.

10.3. A aceitação dos dependentes está condicionada à análise da vinculação à PESSOA JURÍDICA e da condição de dependência. Se forem constatadas irregularidades, eventual recusa deverá ser apresentada ao proponente titular em até 15 (quinze) dias do recebimento desta proposta na ALIANÇA ADMINISTRADORA.

10.4. O plano de assistência à saúde contratado cobrirá as despesas com serviços médico-hospitalares e/ou odontológicos 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 de Saúde (OMS),

Local e Data

Assinatura do Titular

10. CONDIÇÕES GERAIS

10.4.1. As coberturas excluídas do plano são aquelas que não se incluem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, nem nas coberturas adicionais eventualmente oferecidas pelo plano contratado, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei nº 9.656, de 1998, e nas normas regulamentares da ANS.

10.4.2. Poderão depender de autorização prévia pela operadora de planos de saúde a realização de alguns procedimentos, tais como serviços auxiliares de diagnose, serviços auxiliares de terapia, serviços ambulatoriais, internações e remoções, conforme condições do plano de saúde contratado.

10.5. A PESSOA JURÍDICA e a ALIANÇA ADMINISTRADORA poderão proceder a exclusão do plano do beneficiário titular e dos dependentes nos seguintes casos: (I) falta de quitação da mensalidade e/ou da coparticipação, esta quando houver, em até 30 (trinta) dias de seu vencimento; (II) pela ocorrência de ato que implique na suspensão dos vencimentos, tais como, exoneração, redistribuição e demissão, bem como deslocamento do beneficiário titular para outro órgão ou entidade não coberto pelo plano, observado o art. 30 da Lei nº 9.656/98; (III) por solicitação do beneficiário titular; (IV) por óbito, a partir da data de sua comunicação à ADMINISTRADORA; (V) por fraude; (VI) pela rescisão do termo de acordo entre a PESSOA JURÍDICA e a ALIANÇA ADMINISTRADORA e, a exclusão dos dependentes, pela perda da condição de dependência, sem prejuízo de a PESSOA JURÍDICA e/ou a ALIANÇA ADMINISTRADORA também procederem às exclusões passíveis de serem aplicadas pela operadora/seguradora responsável pelo plano oferecido.

10.6. A segunda via dos cartões de identificação será objeto de cobrança ao beneficiário, cujo valor será informado no momento da solicitação.

10.7. A solicitação de alteração cadastral, de inclusão (contratação) em um dos planos deverá ser efetivada no prazo descrito no Anexo I deste formulário.

10.7.1. Este formulário deverá ser entregue devidamente assinado, acompanhado de cópia dos documentos comprobatórios das informações prestadas, e deverá ser enviado por correspondência à ALIANÇA ADMINISTRADORA, aos cuidados do Departamento de Cadastro, situada no SCN Quadra 05, Bloco A, Torre Norte, Sala 418, Edifício Brasília Shopping, Brasília-DF, CEP: 70.715-900; telefone: 3004 7010 (Capitais e Regiões Metropolitanas) e 0800 603 7007 (Demais Regiões). Ou ainda, por e-mail: aceitacao@aliancaadm.com.br para inclusão de dependente e alteracaocadastral@aliancaadm.com.br para alteração cadastral, (com documentação digitalizada).

10.8. A mensalidade do plano de assistência à saúde sofrerá alteração nos seguintes casos:

10.8.1. A qualquer momento, o valor da mensalidade do plano de assistência à saúde será modificado caso ocorra mudança de faixa etária do beneficiário titular e dos dependentes, de acordo com os preços praticados na nova faixa etária alcançada, no mês seguinte ao seu aniversário, conforme previsto no art. 22 da RN ANS nº 195/2009.

10.9. O plano coletivo empresarial/adesão de assistência à saúde contratado não está sujeito aos índices de reajuste fixados pela ANS para planos individuais.

11. DECLARAÇÕES DO TITULAR

11.1. Na qualidade de proponente declaro que ao preencher e assinar a declaração de saúde assumo a inteira responsabilidade por qualquer omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas informações aqui prestadas, sujeitando-me ao disposto no Código Civil Brasileiro: "Art. 422. Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé".

11.2. Após a aprovação desta movimentação, a cobertura assistencial contratada do dependente, se for o caso, terá início na data especificada no item 4 (quatro), localizado neste formulário.

11.2.1. A validade desta alteração está condicionada à entrega de toda a documentação exigida por lei, pelas normativas da ANS e pelo órgão/entidade ao qual está vinculado o proponente titular e ainda pela operadora escolhida.

11.2.2. Caso o recebimento da documentação não ocorra no prazo de movimentação cadastral de que trata o item (dez ponto sete) e do anexo I, o início da cobertura assistencial contratada será postergado para o primeiro dia do mês subsequente ao recebimento da documentação, limitado a 30 (trinta) dias contados da data indicada no item 4 (quatro). Após esse período será necessário o preenchimento de novo formulário.

11.2.3. Os prazos de carências bem como as demais situações não previstas no Termo de Acordo assinado entre a PESSOA JURÍDICA e a ALIANÇA ADMINISTRADORA observam as normas regulamentares da ANS.

11.3. Declaro que eu e meus dependentes temos ciência de como proceder à correta utilização do cartão de identificação e responsabilizo-me pela utilização indevida, entre outros, nos casos de perda, extravio, utilização por terceiros, bem como, utilização posterior ao término da vigência do contrato ou exclusão, por mim e/ou meus respectivos dependentes eventualmente inscritos.

11.4. Declaro que as informações prestadas neste formulário são absolutamente verdadeiras e completas, responsabilizando-me, assim, civil e criminalmente, por mim e meus dependentes. Se estiver omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor da mensalidade, perderei todo e qualquer direito inerente ao presente contrato coletivo empresarial ao qual tenha aderido; e autorizo desde já, a ALIANÇA ADMINISTRADORA e/ou a operadora/seguradora contratada a solicitar, a qualquer tempo, documentos comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas, bem como acessar as informações sobre a utilização do meu plano de assistência à saúde, observadas as normas regulatórias em vigor.

11.5. Declaro que as informações dos dados cadastrais tais como: endereço, e-mail e telefone são de total responsabilidade do cliente titular e são imprescindíveis para o envio da matrícula, cartão e acesso aos serviços em nosso site na área do cliente.

11.6. Declaro que tenho ciência que o valor relativo à coparticipação, quando houver, é primeiramente faturado entre o prestador de serviço da rede credenciada e a operadora de planos de saúde e que posteriormente a operadora encaminha a cobrança

MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

A solicitação de alteração cadastral e de inclusão no plano, deverá ser recebida até o dia 15 (quinze) do mês anterior ao que terá vigência o objeto do pedido.

Caso a solicitação seja recebida após essa data, ou seja, entre o dia 16 (dezesseis) do referido mês e o dia 15 (quinze) do mês seguinte, somente terá vigência no 1º (primeiro) dia do mês que suceder este último prazo.

Esse calendário tem o objetivo de possibilitar a observância dos calendários de faturamento (processamento da cobrança do cliente e pagamento à operadora do plano contratado), de acordo com as respectivas formas de pagamento das mensalidades, em especial, a consignação em folha de pagamento, bem como não inviabilizar o recebimento do auxílio-saúde pelo beneficiário, benefício este pago somente mediante comprovação do pagamento do plano, em razão da natureza indenizatória.

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Declaro que estou ciente das condições expostas neste Anexo e concordo que, se a solicitação de inclusão e alteração do plano de saúde contratado for efetuada a partir do dia 16 (dezesseis) de determinado mês até o último dia do mesmo mês, a cobertura dos serviços prestados será:

- a) Iniciada a partir do 1º (primeiro) dia do segundo mês que suceder a data da referida solicitação;
- b) Alterada, conforme pedido de alteração, a partir do 1º (primeiro) dia do segundo mês que suceder à referida solicitação;
- c) Encerrada no último dia do mês seguinte ao mês da solicitação, sendo que a cobertura dos serviços prestados será assegurada até esta data e, portanto, serei responsável pelo pagamento da mensalidade correspondente ao último mês de cobertura (aquele que sucede o mês da solicitação de cancelamento).

Declaro ainda que estou ciente que a solicitação de inclusão e alteração do plano de saúde contratado, efetuada entre o 1º (primeiro) dia de um determinado mês e o dia 15 (quinze) do mesmo mês, terá vigência no primeiro dia do mês imediatamente posterior à solicitação, para inclusões e alterações, ou, no caso de cancelamento, implicará em garantia de cobertura dos serviços prestados até o último dia do mesmo mês da solicitação, sendo devida a mensalidade integral do mês em referência.

O presente anexo é parte integrante do formulario de movimentação.

Local e Data

Assinatura do Titular