

1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA SUBESTIPULANTE

Razão Social-Pessoa Jurídica Subestipulante

CNPJ - Pessoa Jurídica Subestipulante

Data de Vigência

Lotação (se houver)

Entidade Vinculada (se houver)

2. PROPONENTE TITULAR

Nome Completo

CPF

3. PLANO PRETENDIDO

Operadora - Razão Social

SUL AMERICA SEGURO SAUDE S/A

Reg. Oper. - ANS

Nome do Plano Escolhido

Registro do Plano - ANS

4. DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE CARÊNCIA

Declaro para os devidos fins ter aderido, juntamente com meu(s) dependente(s), ao plano de assistência à saúde acima mencionado, e que na presente data tive ciência de que teremos isenção de carência, salvo para:

- a) Parto: 300 (trezentos) dias;
- b) Doenças e lesões preexistentes: 24 (vinte e quatro) meses.

Ao beneficiário que atender aos requisitos indicados neste formulário, não se aplica a carência prevista no item 4 (quatro) da proposta de adesão. Caso o beneficiário **não** preencha algum dos requisitos aqui especificados, será aplicada a carência integral, prevista no mencionado item da proposta de adesão.

A presente declaração é parte integrante da proposta de adesão.

Promoção válida para vendas protocoladas na Qualicorp Administradora até 15/08/2019.

Local e data

Assinatura