

Declaro ainda, para os devidos fins:

Que preenchi a Declaração de Saúde e que estou ciente dos termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, que prevê a denúncia do contrato por violação do princípio da boa fé. A omissão de condição sabida de doença ou lesão preexistente sujeita à suspensão ou denúncia do contrato conforme o disposto no Artigo 13, Inciso II, parágrafo único da Lei 9.656/98;

Do conhecimento da existência e disponibilidade do plano Prevent Senior Safira, acomodação enfermagem, que corresponde ao plano referência de que trata o artigo 10º, da Lei 9.656/98 e que o mesmo me foi oferecido, tendo eu optado pela contratação do plano assinalado na presente proposta;

Que estou de acordo com as condições gerais do contrato, inclusive quanto aos prazos de carência constantes da cláusula 7ª. (sétima) das condições gerais;

Que tenho ciência que as informações que prestei na “Declaração de Saúde” poderão levar a CONTRATADA a solicitar esclarecimentos quanto a doenças preexistentes para acolher a proposta com restrição de cobertura (CPT) ou agravo, segundo minha opção.

E finalmente, que ao preencher a proposta do contrato de assistência médica, recebi as respectivas condições gerais do contrato que foram lidas, entendidas e por mim aceitas em todos os seus termos, fazendo parte integrante do presente.

local e data

assinatura do proponente ou responsável

assinatura do corretor

TERMO DE OPÇÃO (SOMENTE NOS CASOS DE DOENÇAS PREEXISTENTES)

Em vista das respostas afirmativas da Declaração de Saúde sobre moléstias preexistentes, a SAMETRADE, atendendo ao disposto no artigo 4º. da Resolução CONSU 2, de 03/11/98, ofertou as alternativas abaixo, tendo eu decidido optar por:

AGRAVO, consistente em um acréscimo no valor da mensalidade para cobertura da doença e/ou lesão preexistente que declarei, observando, entretanto, os prazos de carência especificados na cláusula 7ª. (sétima) do contrato.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT, que é a suspensão pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura para as moléstias preexistentes informadas na Declaração de Saúde, dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

São Paulo, ____ de ____ de ____

Assinatura do proponente ou Responsável

