

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.

Todas as páginas deste documento devem ser rubricadas pelo Proponente a Titular.

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

01. Dados do proponente a 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 _____ CPF _____

Preencher conforme legenda acima.	Sexo	Data de nascimento	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	CNS (Cartão Nacional de Saúde)
-----------------------------------	------	--------------------	----------------------------------	--------------------------------

RIC (Registro de Identificação Civil) _____ Matrícula funcional _____ Data de admissão _____

Natureza da identificação (RG, CNH etc.) _____ Número do documento _____ Órgão expedidor (DETRAN, IFP, CR etc.) _____ Data de expedição _____

Cargo/profissão _____ PIS/PASEP _____ País de origem (proponente/titular Estrang.) _____

E-mail _____

Preencher conforme legenda acima.	Est. civil	Altura (cm)	Peso (kg)	Nome da mãe
-----------------------------------	------------	-------------	-----------	-------------

02. Proponente a titular - demitido ou aposentado (inativo)

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.)

Bairro _____ Cidade _____ CEP _____ UF _____

(DDD) Telefone 1 _____ 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	Registro na ANS	Data de Início no plano de origem	Número do cartão do plano de origem
-----------------------------	-----------------	-----------------------------------	-------------------------------------

05. Dados do plano

Plano: () Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia (Top)	Plano: () Hospitalar com obstetrícia		
Rede (Se Efetivo, indicar a geração - I*, II*, III* ou IV): () Nacional II () Nacional Flex () Regional* () Saúde 1+ () Nacional () Preferencial* () Perfil* () Ideal () Premium () Preferencial Plus* () Saúde Rio* () Efetivo ____* () Nacional Plus *Planos disponíveis exclusivamente para apólices vigentes.	Acomodação: () Quarto () Enfermaria (Exeto Premium e Nacional Plus)	Rede: () Nacional () Nacional Plus	Acomodação: () Quarto () Enfermaria (Exeto 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)	Agência (Cód./Díg.)
2. Ordem de pagamento () (Somente agência Bradesco)	Nome da agência	Conta-corrente Díg.

07. Dados de angariação

Código do angariador na Cia.	Código do corretor na Cia.	Data de angariação
Código da agência na Cia.	Código do supervisor na Cia.	Código do preposto na Cia.

Assinatura do proponente a titular

08. Proponente(s) a 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						() Incapacitado para o trabalho <small>Necessário possuir essa condição no IR do proponente titular.</small>	
	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 01			
	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)

() 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 02	Nome do dependente 02						() Incapacitado para o trabalho <small>Necessário possuir essa condição no IR do proponente titular.</small>	
	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)	

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

Código 03	Nome do dependente 03						() Incapacitado para o trabalho <small>Necessário possuir essa condição no IR do proponente titular.</small>	
	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)

() 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 dependente 04						() Incapacitado para o trabalho <small>Necessário possuir essa condição no IR do proponente titular.</small>	
	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)	

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

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 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).

_____ de _____ de _____.

Local/data

Assinatura do proponente titular

Assinatura do angariador/corretor

ANEXO CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

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 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**.

Beneficiário

_____ / ____ / ____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário


_____ / ____ / ____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

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 inclusão no seguro, 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 proponentes a dependentes que pretenda incluir. Caso se enquadre em uma das situações elencadas adiante, NÃO há obrigatoriedade de preenchimento da Declaração de Saúde:

- Ingresso em apólice com 30 (trinta) 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 a suspensão ou o cancelamento do seguro-saúde 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), os quais dispõem que o seguro poderá ser suspenso ou cancelado 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.

Você leu todas as informações importantes do item 09 da Declaração de Saúde?	() Sim	() Não
Você se compromete a preencher e não delegar a uma outra pessoa o preenchimento da Declaração de Saúde? Caso tenha sido dispensado do preenchimento da Declaração de Saúde, marque a opção "Sim".	() Sim	() Não
Você se compromete a apresentar todos os esclarecimentos necessários que sejam de seu conhecimento e a consultar os seus dependentes para garantir que todas as informações fornecidas serão verdadeiras?	() Sim	() Não

Local/data _____ de _____ de _____.

Assinatura do proponente a titular

Assinatura do Angariador/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 (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 documentos complementares (exemplo: laudos de exames, relatórios médicos) ou a realização de perícia para fins de análise médica.

Itens	Titular	Dependentes			
		Cód. 01	Cód. 02	Cód. 03	Cód. 04
1. Já realizou algum procedimento cirúrgico ou tem alguma cirurgia programada? Encontra-se em internação hospitalar ou domiciliar (home care)? Encontra-se afastado de sua atividade profissional? Se sim, informe nos esclarecimentos.					
2. Está ou tem indicação para submeter-se a algum tratamento clínico ou terapias como fisioterapia, psicoterapia, terapia ocupacional e/ou fonoaudiologia? Se sim, qual indicação e qual ou quais tratamentos realizados e/ou indicados?					
3. Tem ou teve alguma doença endocrinológica, tal como diabetes, obesidade, hipotireoidismo, tireoidite, adenoma de hipófise e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
4. 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).					
5. Tem ou teve alguma doença neurológica, tal como acidente vascular cerebral (derrame), doença de Parkinson, epilepsia, doença de Alzheimer, esclerose múltipla, paralisia cerebral, hidrocefalia, mielomeningocele, atrofia muscular espinhal (AME), esclerose lateral amiotrófica (ELA) e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
6. Tem ou teve alguma anomalia dentofacial, doença bucomaxilofacial, das articulações temporomandibulares, bruxismo e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
7. Tem ou teve alguma doença do aparelho respiratório, tal como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite, enfisema e outras? Se sim, informe o tipo de doença, a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
8. Tem ou teve alguma doença cardíaca, tal como hipertensão arterial (pressão alta), angina, infarto do miocárdio, cardiopatia, arritmia, febre reumática e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
9. Tem ou teve alguma doença vascular, tal como varizes, aneurisma, trombose, vasculites, malformações arteriovenosas e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
10. Tem ou teve alguma doença gastroenterológica, tal como úlcera, cirrose hepática, pancreatite, doença inflamatória intestinal como doença de Crohn ou retocolite ulcerativa, doença diverticular e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
11. Tem ou teve alguma doença reumatológica, tal como lúpus, artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriásica e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
12. Tem ou teve alguma doença ortopédica, tal como escoliose, artrose, osteoporose, artrite, cifose, doença de Paget, fraturas e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento. Em caso de cirurgia, possui placa, pinos, parafusos ou prótese?					
13. Tem ou teve hérnia de disco cervical, lombar ou dorsal? Se sim, informe a data do diagnóstico, a localização, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
14. Tem ou teve alguma doença do ouvido, nariz ou garganta, tal como sinusite, desvio de septo, amigdalite, otite e outras? Se sim informe o tipo de doença, a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					

Assinatura do proponente a titular


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 (continuação)

Itens	Titular	Dependentes			
		Cód. 01	Cód. 02	Cód. 03	Cód. 04
15. Tem ou teve alguma doença do sangue tal como anemia (pós-bariátrica, falciforme, talassemia e outras), leucemia, linfoma, doença de Hodgkin, mieloma múltiplo, hemoglobinúria paroxística noturna e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento. Submeteu-se a alguma transfusão de sangue ou de seus derivados? Se sim, informe a data de transfusão e o motivo.					
16. Tem ou teve alguma doença dermatológica, tal como psoríase, dermatite atópica, hidradenite, urticária e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
17. Tem ou teve alguma doença oftalmológica, tal como catarata, miopia, astigmatismo, hipermetropia, glaucoma, estrabismo, ceratocone, degeneração macular, retinopatia, uveíte e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, 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 necessário.					
18. Tem ou teve doença psiquiátrica tal como depressão, esquizofrenia, demência, alcoolismo, dependência de drogas e outras? Se sim, informe o tipo de doença, a data do diagnóstico, o tratamento realizado (psicoterápico) e o período de tratamento.					
19. Tem diagnóstico ou está em investigação de transtornos do espectro autista ou de outras alterações do desenvolvimento infantil? Se sim, informe o tipo de transtorno, a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
20. Tem ou teve alguma doença ginecológica, tal como mioma uterino, cisto de ovário, nódulo de mama, endometriose, pólipos uterinos, prolapso genital e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
21. Tem ou teve alguma doença urológica ou renal, tal como cálculo renal, doença renal policística, insuficiência renal, doença de próstata (hiperplasia benigna), varicocele e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
22. Tem ou teve doenças sexualmente transmissíveis ou outras doenças infectocontagiosas, tais como HIV, doenças venéreas, HPV (papilomavírus), hepatite, meningite, tuberculose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
23. Em relação à doença COVID-19, precisa ou precisou de internação hospitalar ou em UTI? Tem ou teve alguma complicação ou sequela da infecção?					
24. Tem ou teve qualquer deficiência de órgãos, membros ou sentidos? É portador de alguma sequela provocada por alguma doença ou acidente? Se sim, informe a deficiência ou sequela, a data da ocorrência e o tratamento realizado.					
25. Tem ou teve alguma doença ou deformidade congênita, genética ou hereditária? Se sim, informe o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
26. Faz ou fez algum tipo de tratamento à base de quimioterapia, radioterapia, diálise ou litotripsia? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
27. É portador de prótese e/ou órtese, tal como marca-passo, prótese ortopédica, válvula cardíaca, stent, derivação ventriculoperitoneal, implante auditivo e outros? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
28. É transplantado ou tem indicação de submeter-se a algum tipo de transplante? Se sim, informe o tipo de transplante, a data do transplante ou a data de indicação do transplante.					
29. Tem ou teve hérnia tal como inguinal uni/bilateral, umbilical, incisional e outras? Se sim, especifique localização e a data da cirurgia.					
30. Está grávida? Se sim, informe o tempo de gravidez, se há acompanhamento de diabetes gestacional ou hipertensão arterial e se há alguma alteração identificada no ultrassom.					
31. Tem ou teve alguma doença não relacionada nas perguntas anteriores? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					

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

Assinatura do proponente a titular

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							

10. Entrevista Comportamental

Você preencheu, com veracidade, a Declaração de Saúde? () Sim () Não

O campo abaixo pode ser utilizado para alterar ou acrescentar alguma informação prestada na Declaração de Saúde, bem como para informar alguma Doença e/ou Lesão Preexistente que não tenha sido perguntada. Utilize este espaço também para registrar comentários ou informações adicionais que se fizerem necessários.


Numa escala de 0 a 10, sendo 0 pouca franqueza e 10 completa franqueza, que nota você daria para sua franqueza durante o preenchimento da Declaração de Saúde? ()

Você está ciente de que, caso as informações fornecidas nesta Declaração de Saúde não sejam corretas ou tenham sido omitidas, o contrato poderá ser rescindido por fraude, e você poderá ser responsabilizado financeiramente pelos procedimentos referentes às doenças e/ou às lesões não declaradas? () Sim () Não

Podemos confiar em suas declarações? () Sim () Não

_____, _____ de _____ de _____
Local/data

Assinatura do proponente a titular

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. Entrevista Qualificada

- () 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 nesta 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 558, de 14/12/2022, da ANS.

Local/data _____ de _____ de _____.


Assinatura do proponente a titular


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

Estou ciente de que os dados pessoais e as 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 proponente a titular.

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					

12. Declarações do proponente - SEGURO-SAÚDE

Em razão da proposta de contratação do Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médico-Hospitalar e do preenchimento da presente Ficha de Inclusão, declaro o seguinte:

1. Que autorizo a inclusão do meu nome e do de meus dependentes na apólice de seguro-saúde, 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 serem encaminhados diretamente ao aludido estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação.
2. Que, para todos os efeitos legais, 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.
3. Que autorizo que médicos e/ou clínicas consultados durante a utilização do meu seguro prestem, aos médicos da Bradesco Saúde S.A., para fins de prevenção a fraudes e, quando necessário, para o exercício regular dos 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.
4. Que me responsabilizo, em meu nome e no de meus dependentes, pela veracidade de todas as declarações feitas nesta ficha, em especial, mas não se limitando, às relacionadas ao item 4 - Portabilidade/Transferência, sejam

elas preenchidas manualmente ou digitadas, assegurando, ainda, que não houve omissão de qualquer informação que possa influenciar na aceitação desta proposta ou na isenção/redução dos prazos de carência.

5. 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 programa de gestão e promoção da saúde desenvolvidos pela seguradora ou por empresas por ela contratadas.
 - 5.1. Em caso de discordância com o descrito no item 5, devo me manifestar por meio de carta de próprio punho, direcionada à Bradesco Saúde, anexada a esta ficha.
6. 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.
7. Que o produto indicado nesta ficha 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.

Estou também ciente de que:

1. O 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!

Tenho conhecimento:

- Do inteiro teor das Condições Gerais desse seguro;
- De que poderei obter cópia das Condições Gerais do seguro contratado junto ao estipulante;
- Das condições de cobertura do Seguro Viagem Bradesco, se contratada, também em poder do estipulante e 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 n.º 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.

_____, _____ de _____ de _____.

Local/data

Assinatura do proponente a 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			

13. 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 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: protecaodados@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 n.º 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>.

Local/data _____ de _____ de _____.

Assinatura do proponente a 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.