



Por meio desta, na qualidade de Representante(s) Legal(is) da Contratante identificada na Proposta Contratual nº _____, referente ao produto contratado, declaro(amos) ter(mos) sido devidamente esclarecido(s) pelo Corretor quanto às condições promocionais ora vigentes estabelecidas neste Aditivo.

CONDIÇÃO 1 – BENEFICIÁRIOS COM OU SEM PLANO ANTERIOR

Carência de 24 (vinte e quatro) horas para atendimentos odontológicos de urgência e emergência. Carência de 30 (trinta) dias para os demais procedimentos previstos no contrato aditando, exceto para: reabilitação com coroa total de cerômero unitária; reabilitação com coroa total metálica unitária; reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré-fabricado; reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária; coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF (restauração metálica fundida); e reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato, **que terão prazo de carência de 90 (noventa) dias para utilização.** Exclusivamente para o Unimed Dental 2, haverá, ainda, **carência de 90 (noventa) dias para utilização da documentação ortodôntica.**

CONDIÇÃO 2 – EX-BENEFICIÁRIOS DA UNIMED-RIO

Os beneficiários advindos de contratação anterior **com cobertura odontológica** estarão isentos das carências previstas no contrato aditando, desde que sejam inscritos **sem interrupção temporal entre a presente contratação e a anterior e que as coberturas odontológicas sejam equivalentes.**

Na hipótese de alteração da cobertura para o Unimed Dental 2, os beneficiários **deverão cumprir carência de 90 (noventa) dias para utilização da documentação ortodôntica.**

DECLARAMOS TER CIÊNCIA DE QUE:

- A contratação do produto Unimed Dental atende às coberturas da segmentação odontológica previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS.
- **As promoções ora descritas estão condicionadas à comprovação dos requisitos para a obtenção das mesmas, através do envio da documentação correspondente.**
- Promocionalmente, a Unimed-Rio permitirá a inclusão de beneficiários dependentes que tenham **um dos seguintes graus de parentesco com o titular:** filho(a), enteado(a), pai, mãe, irmão(ã), neto(a), bisneto(a), avô(ó), tio(a), sobrinho(a), sogro(a), genro, nora, padrasto, madrasta e cunhado(a). **Esta promoção será válida somente no ato de inclusão do titular.**
- Apenas o(s) Beneficiário(s) relacionado(s) na “Planilha de Inclusão de Beneficiário – Ágil 30” devidamente assinalado(s) com a(s) sua(s) respectiva(s) condição(ões) promocional(is) e com a data de início de vigência idêntica à da empresa, será(ão) beneficiado(s) pelo presente instrumento. Todos os outros casos cumprirão as carências estabelecidas no contrato aditando, observando-se as condições descritas na cláusula “Das condições de admissão”.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(s) Representante(s) do(a) Contratante