

DECLARAÇÃO DO CONTRATANTE



1. Declaro para os devidos fins que li e concordo integralmente com todos os documentos disponíveis para download que me orientam a correta contratação do meu seguro odontológico os quais são : Tipos de Contratação, Manual de Contratação para Planos de Saúde MPS e o Guia de Leitura Contratual editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
2. Declaro que li e concordo com os termos definidos nas Condições Gerais deste seguro odontológico disponível para download, que define todas as condições de cobertura contratual, exclusões e regras para utilização dos serviços a serem disponibilizados por esta Seguradora. Temos ciência de que as coberturas oferecidas pelo Seguro ora contratado estão em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde na segmentação Odontológica, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e que as mesmas estão sujeitas a atualizações, como inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o referido Rol;
3. A relação e a movimentação da rede referenciada estarão disponíveis no site www.sulamerica.com.br ou na Central de Serviços SulAmérica;
4. Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e completas, e estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro o qual prevê que, se a Empresa Estipulante, Segurado ou seu responsável legal não fizer declarações verdadeiras e completas na Proposta de Seguro Odontológico, no Cartão Proposta ou qualquer outro meio que esta Seguradora disponibilizar para inclusão de novas vidas durante a vigência deste contrato, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro odontológico ou no valor do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento dos prêmios vencidos;
5. Temos ciência e estamos de acordo que esta Proposta de Seguro Odontológico somente terá validade após análise e validação da Sul América Companhia de Seguro Saúde, o que determina a aceitação e o envio do cartão de identificação SulAmérica Odontológico para os segurados inscritos no seguro.
6. Temos ciência e estamos de acordo que as eventuais reduções ou isenções dos Prazos de Carência, ocorridas em função de plano anterior ou do número de vidas do Grupo Segurado, poderão ser aplicadas a todas ou apenas parte das coberturas oferecidas neste contrato e que em nenhuma hipótese alteram as demais cláusulas da proposta de seguro odontológico;
7. Temos ciência que durante a vigência do Seguro Odontológico é facultado a Seguradora solicitar documentos que comprovem a elegibilidade dos Segurados conforme disposto na cláusula “Documentos necessários para a contratação do seguro e inclusão de Segurados” das Condições Gerais, com o que concordamos e nos comprometemos a encaminhar em até 05 (cinco) dias, toda e qualquer documentação solicitada por esta Seguradora.

8. Declaro ter ciência de que a impossibilidade de comprovação da elegibilidade do Segurado ou do não envio de documentação solicitada pela Seguradora no prazo acima arcarei com o ônus decorrente de eventual multa aplicada em face da Seguradora, seja no âmbito administrativo ou judicial.
9. Declaramos ter ciência de que a indicação e nomeação de Corretor/Corretora deverá ser realizada pela empresa contratante do seguro odontológico, no ato do preenchimento dos dados no web site e se não houver corretor/corretora nomeado no momento da contratação, este poderá indicar em outra oportunidade por meio de Carta original em papel timbrado de nomeação de Corretor/Corretora, que deverá ser assinada, sob carimbo, pelo representante da empresa na forma de seus atos constitutivos ou mediante procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar. Na hipótese de haver solicitação, por escrito, pela empresa contratante para a Seguradora de destituição do Corretor/Corretora por ela nomeado, caberá a Seguradora informar à respectiva empresa que a destituição somente poderá ocorrer a partir do primeiro aniversário do contrato, desde que apresentada em até 15 (quinze) dias da data da renovação do contrato que ocorre de 12(doze) em 12(doze) meses, ressalvada a hipótese de o Corretor/Corretora ser destituída pela empresa contratante ou pela Seguradora por prática comprovada de fraude, atos ilícitos, culposos ou contrários à lei. Havendo a comprovação da prática de qualquer ato anterior mencionado a Seguradora ficará desobrigada a repassar a comissão de corretagem mensal à corretora(corretor), e/ou qualquer outro valor por ocasião da contratação do Seguro Odontológico.
10. Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Seguro Odontológico e da Proposta preenchida no ato da contratação online.