

À Bradesco Saúde S.A.

Ref. CNPJ nº _____

Razão Social _____

Na qualidade de Proponente, declaro ter ciência de que a proposta apresentada para empresa identificada pelo CNPJ acima xxxx refere-se à contratação de um seguro de assistência à saúde coletivo empresarial, que é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, nos termos do art. 5º, da Resolução Normativa nº 195/09, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Declaro ainda, ter ciência e estar de acordo que somente poderão ser admitidas como beneficiários titulares, no seguro saúde proposto, as pessoas físicas com quem este Proponente tenha vínculo empregatício ou estatutário, razão pela qual assumo inteira responsabilidade pela veracidade das informações e dados apresentados para comprovação do vínculo exigido pela regulação da ANS com relação aos proponentes a beneficiários titulares do seguro saúde.

Estou ciente e concordo que se for verificada qualquer irregularidade na inclusão de pessoas físicas que não guardem vínculo empregatício ou estatutário com a Proponente, a contratação do seguro poderá ser recusada ou, caso já tenha sido implantado, poderá ser rescindido justificadamente pela Bradesco Saúde S.A.

A presente declaração é firmada também pelo corretor de seguros, como representante da Proponente, que manifesta sua anuência ao compromisso aqui assumido, comprometendo-se juntamente como o Proponente a cumprir todos os seus termos, sob pena de responderem pelas perdas e danos que eventualmente venham a ser causados a Bradesco Saúde.

Local e data: _____

Pessoa jurídica proponente: _____

Corretor: _____

Nome: _____

CPF.:

Corretora:

CNPJ corretora: