

## DECLARAÇÃO DO CONTRATANTE



Declaro para os devidos fins que:

1. Sou responsável por todas as informações prestadas para a contratação do Plano Odontológico Individual/Familiar SulAmérica e atesto que são verdadeiras e completas;
2. Realizei a transferência eletrônica, “*download*”, de todos os documentos abaixo relacionados (Condições Gerais do Plano, Guia de Leitura Contratual, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e Informações sobre os Tipos de Contratação RN 432), os quais foram suficientes para orientar-me acerca das coberturas, garantias, benefícios, exclusões, limites e cancelamento do plano odontológico que estou contratando;
3. Tenho conhecimento que as coberturas oferecidas pelo plano odontológico estão de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde na segmentação Odontológica, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e que estão sujeitas às atualizações, inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre que houver a atualização do referido Rol pela ANS;
4. Tenho conhecimento que as movimentações da Rede Credenciada estarão disponíveis no site [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br) ou na Central de Serviços SulAmérica, conforme telefone indicado no verso do cartão de identificação do plano e que;
5. Tenho conhecimento que a isenção de carência somente se dará quando o pagamento for efetuado exclusivamente por meio de cartão de crédito.