

Vigência até 31/12/2018

Desconto de 5% na Mensalidade para pagamento até o vencimento.**Período Promocional válido até 31/12/2018.**

Faixas	PLANO SAFIRA "PF" Enf.
00 a 18	119,10
19 a 23	142,92
24 a 28	154,35
29 a 33	172,88
34 a 38	190,16
39 a 43	234,85
44 a 48	293,57
49 a 53	366,96
54 a 58	477,04
59 ou +	711,75

TAXA DE CADASTRO R\$ 20,00

- Perícia Médica obrigatória para maiores de 58 anos. Perícia – Rua Brasilina, 82 – Centro - Guarulhos
- Acima de 58 anos usar a Tabela SATI – SENIOR.

DOCUMENTOS SOLICITADOS PELA OPERADORA**Titular:** Cópia do RG, SUS, CPF e Comprovante de endereço igual ao preenchido na proposta de Adesão.**Esposa(o):** Cópia da certidão de casamento, RG, CPF e SUS;**Companheira(o):** Declaração de União Estável com assinaturas de ambos reconhecidas, RG, CPF e SUS;**Filhos, Sobrinho e Neto:** Até 28 anos solteiros obrigatório CPF, SUS e RG. Nascidos a partir de 2010 e obrigatório a certidão de Nascimento, para esses casos não é obrigatório o RG.**Titular Menor:** Quanto o Titular for menor de 18 anos, fica obrigado RG, CPF, SUS e Comprovante de Endereço igual ao endereço preenchido na Proposta de Adesão e juntada do **Termo de Responsabilidade Financeira** assinado pelo responsável legal. Nascido a partir de 2010, obrigatória certidão de nascimento.**Obs.: No caso de Titular menor de idade, somente será aceito como Dependentes os irmãos menores, nesse caso poderá incluir dois ou mais irmãos no mesmo Contrato.****Beneficiário com indicação de "S" na Declaração de Saúde poderá ser convocado a critério do HBC para realização de Perícia Médica. Local: Av. Salgado Filho, 582 – Guarulhos – Todas as Terças Feiras as 15:30 hrs.****REDUÇÃO DE CARÊNCIA**Aceita Redução de Carência para **Plano Individual familiar e Coletivo por Adesão** de outras Operadoras com idade até 58 anos desde que:

- O Plano anterior deve estar em vigor há, no mínimo, 6 meses ininterruptos;
- O Plano anterior deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo, 60 (sessenta) dias;
- Anexar comprovante de início de vigência do plano de saúde anterior ou cópia do contrato ou Cartão de Identificação em que conste a data de início de vigência contratual; cópia dos 3 (três) últimos boletos de pagamento de mensalidades quitados ou documento formal emitido pela Operadora congênere, comprovando a situação de regularidade financeira, ou seja, deverão constar os três últimos meses de pagamentos ou data da exclusão.
- Beneficiários oriundos de planos **Coletivos Empresariais:** declaração formal da Empresa contratante e/ou Operadora, informando a Operadora contratada, o tipo de plano e o padrão de acomodação hospitalar, além de relação de dependentes incluídos, com as respectivas datas de início e fim de cobertura. O prazo da exclusão dos beneficiários não poderá **exceder 90 (noventa) dias. Redução de Carência sujeita aprovação do HBC Saúde.**

ADESÃO E VIGÊNCIA MESMA DATA	1º PGTO EM BANCO
01 a 05	05 do mês seguinte
06 a 10	10 do mês seguinte
11 a 15	15 do mês seguinte
16 a 20	20 do mês seguinte
21 a 25	25 do mês seguinte
26 a 30	30 do mês seguinte

Central de atendimento ao Corretor
Tel.: (11) 2229-5529 – Ramais 213 e 215