

Tabela do Plano Individual e Familiar – Enfermaria

Faixas	PLANO SAFIRA
00 a 18	95,50
19 a 23	114,60
24 a 28	123,77
29 a 33	138,62
34 a 38	152,48
39 a 43	188,31
44 a 48	235,39
49 a 53	294,23
54 a 58	382,50
59 ou +	570,71

TAXA DE CADASTRO R\$ 20,00

- Perícia Médica obrigatória para maiores de 58 anos.
- Acima de 58 anos usar a Tabela SATI.

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. Nascidos a partir de 2010, obrigatório certidão de nascimento.
Obs 1.: No caso de Titular menor de idade, somente será aceito como Dependentes os irmãos menores.
Obs2.: Todos os documentos legíveis.

REDUÇÃO DE CARÊNCIA

Aceita Redução de Carência para **Plano Individual familiar e Coletivo por Adesão** de outras Operadoras com ida 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;
- 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:	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