

Vigência de 01/10 a 31/12/2017

Tabela do Plano Individual e Familiar – Enfermaria

Faixas	PLANO SAFIRA
00 a 18	108,27
19 a 23	130,61
24 a 28	141,06
29 a 33	157,99
34 a 38	173,78
39 a 43	214,62
44 a 48	268,28
49 a 53	335,35
54 a 58	435,96
59 ou +	649,67

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.

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, obrigatório certidão de nascimento.
Obs 1.: 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.

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, 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