

HBC SAÚDE - NORMAS COMERCIAIS – PLANOS PESSOA FÍSICA E SATI (TERCEIRA IDADE)

PLANO SATI – SAÚDE DA TERCEIRA IDADE

ADESÃO:

Titular: 59 anos ou mais;

Dependente: Esposa(o) ou companheira(o) com 59 anos ou mais.

PROPOSTA DE ADESÃO: Todas as vias serão encaminhadas para a Plataforma Brasmed juntamente com todas as vias da declaração de Saúde, ficando com o Beneficiário Titular apenas o Recibo de pagamento da adesão e taxa de cadastro. No dia da perícia médica que deverá ser realizada em prazo máximo de 05 (cinco) dias após adesão, será entregue para o Titular as vias do Contrato se a Proposta for aceita.

DOCUMENTOS:

Titular: Cópia do RG, SUS, CPF e Comprovante de endereço igual ao preenchido na proposta de Adesão.

Dependente – Esposa: Cópia da Certidão de casamento, RG, CPF e SUS;

Dependente – Companheira(o): Declaração de União Estável com assinaturas de ambos reconhecidas, RG, CPF e SUS;

CADASTRO: Todos os campos deverão ser preenchidos legíveis e sem rasura, obrigatório constar telefone do Titular ou e-mail. Assinatura deve estar igual ou próxima ao do documento juntado na proposta.

Obs.: Como se trata de Plano Coletivo por Adesão, não será aceito Proposta com beneficiário em tratamento de doenças graves como: Doenças cancerígenas, beneficiários em tratamento de Radioterapia e/ou quimioterapia, Beneficiários com necessidade de cirurgia cardíaca ou pulmonar entre outras.

PERICIA MÉDICA OBRIGATÓRIA

Local: Rua Brasilina, 82 – Centro – Guarulhos.

Horários: Segunda e Quarta Feira das **07:30 as 9:30** horas.

Quinta Feira das **13:00 as 15:00**.

PLANO PESSOA FÍSICA – INDIVIDUAL/FAMILIAR

CADASTRO: Todos os campos deverão ser preenchidos legíveis e sem rasura, obrigatório constar telefone do Titular ou e-mail. Assinatura deve estar igual ou próxima ao do documento juntado na proposta.

PRAZO PARA ENTREGA DA PROPOSTA: 05 (cinco) dias da assinatura do Contrato. Orientamos que no caso de falta de documento(s) no ato da assinatura do Contrato o Vendedor preencha com a data prevista para a entrega dos documentos, evitando devolução e tendo que refazer.

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. No termo de responsabilidades Financeira consta quem pode ser responsável pelo Titular menor.

Obs1.: 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.

Obs2.: Obrigatória cópia da Alta Maternidade para Criança com 01 ano, 11 meses e 29 dias de nascido

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:

a) O Plano anterior deve estar em vigor há, no mínimo, 6 meses ininterruptos;

b) O Plano anterior deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo, 60 (sessenta) dias;

c) 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.

d) 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