

*Informativo de caráter referencial. Todos os dados estão sujeitos à alteração, sem aviso prévio, por parte da operadora.

Taxa de Cadastro R\$ 5,00 por vida
Sobre o valor final do calculo incluir 2,38% de IOF.
Para contratação de planos com rede Mediservice cobrar taxa de R\$ 10,47 por vida, lembrando que haverá cobrança de IOF sobre este valor.

Aviso Importante: todos os dados inclusive rede de hospitais estão sujeitos à alteração por parte da Operadora, sem aviso prévio.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Taxa de Cadastro

R\$ 5,00 por vida
Sobre o valor final do calculo incluir 2,38% de IOF.
Para contratação de planos com rede Mediservice cobrar taxa de R\$ 10,47 por vida, lembrando que haverá cobrança de IOF sobre este valor.

Formação do Grupo

PME I - De 05 a 29 vidas.
PME II - De 30 a 99 vidas.
Mínimo de 02 titulares + 03 dependentes com vínculo

Composição

Titulares: Sócios, diretores e funcionários que se encontrem em plena atividade de trabalho e que comprovem vínculo empregatício com a empresa.
Dependentes legais: Cônjuge ou companheiro (a), filhos solteiros e/ou adotivos menores com idade até 29 anos 11 meses 29 dias; ou filhos inválidos sem limite de idade.
Estagiários: poderão ser aceitos mediante análise.
Nota: Para os funcionários afastados, será necessário o preenchimento do formulário de Declaração de saúde, envio de Relatório médico atualizado e cópia dos laudos de exames existentes à época, para verificar a possibilidade de aceitação do risco.
Entidades: Agremiações, Associações, Clubes, Condomínios, Confederações, Cooperativas, Entidades Filantrópicas e Religiosas, Federações, Fundações, Sindicatos e ONGs: aceitação sujeita a análise para funcionários constante do FGTS.
Prestador de Serviços PJ – aceitação mediante análise
Agregados
PME de 05 a 19 vidas – não tem aceitação
PME de 20 a 99 vidas – mediante análise

Tipo de Contratação

A adesão do grupo no início de vigência se dará da seguinte forma:

- 100% dos funcionários comprovados pela relação do FGTS;
- 100% dos funcionários comprovados pela relação do FGTS e seus respectivos dependentes seguráveis;
- 100% dos dirigentes da empresa, desde que comprovada a inclusão de todos os diretores constantes do contrato social, respeitando o índice mínimo de adesão;
- 100% dos participantes do plano anterior mediante a apresentação da relação atualizada fornecida pela operadora anterior, sendo que os participantes deverão comprovar vínculo empregatício com a empresa por meio do FGTS bem como, cópia da última fatura quitada, excluindo-se deste grupos os funcionários com admissão anterior à vigência do contrato, agregados, funcionários temporários, funcionários particulares e prestador de serviços.

Se o contrato for fechado para 100% do FGTS, só poderá ser feita a inclusão posterior de outra categoria qualquer mediante análise.
Os dependentes não poderão escolher planos diferentes do Titular.

Regras Gerais

Todas as propostas deverão conter obrigatoriamente os nomes completos sem abreviações: do usuário, dos beneficiários e da mãe.
É obrigatório informar o número da Declaração de Nascido Vivo de todos os beneficiários (titulares ou dependentes) nascidos a partir de 1º de Janeiro de 2010. Este número consta nas certidões de nascimento emitidas a partir desta data.
O numero de segurados participantes de apólice quando inferior ao índice mínimo de manutenção do grupo segurado estará sujeito ao cancelamento.
A seguradora terá 20 dias a contar da data do protocolo dos documentos completos para análise.
Durante esse período os proponentes não estarão cobertos para qualquer evento, inclusive acidente pessoal e urgências e emergências.
Desta forma, em caso de fechamento, recomendamos que não efetue o cancelamento de eventuais contratos vigentes antes que ocorra a conclusão do processo.
A vigência da apólice será de 24 meses, podendo ser renovada automaticamente por igual período, salvo manifestação em contrário de qualquer uma das partes com aviso prévio de 60 dias antes do término da vigência.
Empresa de segurança armada, motoboy, advocacia e corretora de seguros - não tem aceitação.
Hospital Albert Einstein - não há cobertura de honorários médicos. Neste caso estes custos são de responsabilidade do beneficiário.
Empresários Individuais – MEI, EMEI, ME, Eireli, etc. – não tem aceitação

Documentos Necessários

Sócios: cópia do contrato social registrado, com a última alteração contratual, ou alteração consolidada e cartão do CNPJ.
Empresa - cópia da relação do FGTS quitado do mês anterior a contratação do seguro, cópia da última versão do contrato social, documentação das eventuais coligadas e vínculo dos sócios, a empresa deve ter sido constituída com uma antecedência de 06 meses da adesão ao seguro, cópia do cartão CNPJ com data atual, cópia da relação dos beneficiários participantes do plano de saúde empresarial anterior, e cópia das 03 últimas faturas quitadas (quanto a adesão for 100% do plano

anterior).

Funcionários: última relação completa do FGTS e a guia de recolhimento quitado.

Funcionários recém-admitidos não relacionados no FGTS: registro de empregado assinado pelo empregador e pelo empregado sob carimbo da empresa ou cópia das páginas da carteira de trabalho com a fotografia, cópia da página do registro da empresa, número da carteira, série e assinatura do portador na frente e no verso da página.

Cônjuge: cópia da certidão de casamento, ou certidão de nascimento de filhos em comum.

Companheiro: declaração de convivência marital feita de próprio punho e com firma reconhecida das duas assinaturas, ou certidão de nascimento de filhos em comum.

Filhos solteiros ou inválidos: certidão de nascimento ou RG e certidão de invalidez emitida pelo INSS, e relatórios médicos.

Filhos adotivos: cópia da tutela emitida pelo Juiz de Direito e certidão de nascimento.

Entidades: Estatuto Social, ata da reunião vigente, cópia de documento do responsável e guia quitada e relação do FGTS mais recente para comprovação de vínculo dos funcionários.

Contratos e/ou Aditivos Vigentes

Cadastro do estipulante com as assinaturas do corretor e do responsável pela empresa com carimbo do CNPJ.

Proposta de Adesão/Declaração de Saúde - PM 4327-7 de cada beneficiário titular e dependente.

Cartão proposta preenchido, assinado e carimbado pelo estipulante.

Declaração de Saúde - PM 4327-7 preenchida e assinada para cada segurado inscrito.

Cadastro do estipulante inserido nas Condições Gerais de cada produto, sendo PME 20 a 29 vidas (PM 1569-6) e PME 30 a 99 vidas (PM 3852-7).

Layout

Termo de aceite da cláusula adicional PCMSO/PPRA.

Mudança de Faixa Etária

A proposta deve ser preenchida com a idade que o beneficiário possui no período de validade do orçamento (30 dias).

Vigência / Vencimento

Vigência	Data do protocolo
Dia 01	Até o dia 10 do mês anterior
Dia 10	Até o dia 20 do mês anterior
Dia 20	Até o dia 01 do mês anterior

A vigência será de acordo com a data escolhida pela empresa, lembrando que o prazo para emissão é de 20 dias após protocolo junto a Porto Seguro.

Prazo de Entrega das Propostas

Todas as propostas de PME (sem nenhuma pendência) serão enviadas à operadora no dia seguinte ao recebimento na área técnica, FIQUEM ATENTOS para não perder o prazo de vigência.

Área de Comercialização / Utilização

Rede referenciada - São Paulo, Grande São Paulo e Baixada Santista.

Rede Urgência e Emergência - Nacional.

Rede Terceirizada - nas localidades onde não houver rede referenciada Porto Seguro e somente a partir do plano Prata I.

Exemplos de Reembolso

Exemplos de reembolso								
Cristal VII e IX	Bronze III, V, VII e IX	Prata VII ao X	Prata III ao VI	Ouro III ao VI	Ouro VII ao X	Diamante A III ao VI	Diamante A VII ao X	Diamante A XI ao XIV
85,73	85,73	85,73	85,73	142,40	160,20	338,20	516,20	712,00

Reembolsos no Brasil e Exterior para todos os planos.

Telefones Úteis

Central de atendimento ao cliente: SAC 0800.727.2762 - Grande São Paulo: 3366-3003

Central de atendimento ao corretor: 3366-6908 / 6905 / 6688

Central de atendimento ao deficiente auditivo: 0800.727.8736

Central de Relações Empresariais: 3366-3951

Movimentação Cadastral

Toda movimentação de inclusões (até no máximo 30 dias após a admissão), exclusões, alterações de dados, 2ª via de cartões e etc., deve ser tratada diretamente na operadora através da central de atendimento a empresa - fone 3366-3951 observando que inclusão de dependentes só em caso de nascimento, casamento, adoção.

CRITÉRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Crítérios de Redução de Carência

Redução para beneficiários sem limite de idade e sob análise - caso a empresa se enquadre nos pré-requisitos para aproveitamento de carência do plano anterior, os beneficiários terão carências apenas para Parto e Preexistência.

Redução para beneficiários ate 64 anos 11 meses e 29 dias

Redução para ex – beneficiários de planos individuais ou PME dentro da mesma operadora, enviar somente cópia da carteirinha.

Documentos necessários

Redução para ex – beneficiários de plano individual: cópia dos 03 últimos boletos quitados, quando o boleto for quitado pela internet ou caixa eletrônico anexar o comprovante de pagamento para a conferência do código de barras.

Carteirinha com o nome do titular e dos dependentes (se houver), data de início e a vigência do plano, tipo de acomodação (enfermaria ou apartamento).

Se na carteirinha não constar às informações necessárias, deverão ser enviados os seguintes documentos cópia do contrato anterior com data, nome do titular e dos dependentes (se houver), e o tipo de acomodação (enfermaria ou apartamento)

Ou

Carta original da operadora em papel timbrado com carimbo do CNPJ.

Redução para ex – beneficiários de PME e Grupal: Cópia da carteirinha, carta original da empresa em papel timbrado com os seguintes requisitos, carimbo do CNPJ, nome dos titulares e seus dependentes, quando houver, tipo de acomodação do plano enfermagem ou apartamento, tempo de permanência – Início e término do plano (dia / mês / ano), nome, cargo e telefone do responsável que assinar a carta.

Ou

Carta de permanência da operadora anterior.

Ou

Cópia das 03 últimas faturas quitadas e da última relação de beneficiários, emitida pela operadora anterior.

Reduz carência de Seguradoras: Amil, Care Plus, Lincx, Medial, Omint e Unimed, com planos similares somente para pessoas com idade até 59 anos.

Obs: demais operadoras consultar área comercial.

Carências contratuais	
Consultas	Isento a partir da data da vigência
Exames	Isento a partir da data da vigência
Serviços ambulatoriais especiais	Isento a partir da vigência
Internações clínicas / cirúrgicas	120 dias
Parto	300 dias
Saúde Mental	180 dias
Patologias preexistentes	720 dias

Não há redução de carência para parto e preexistência.