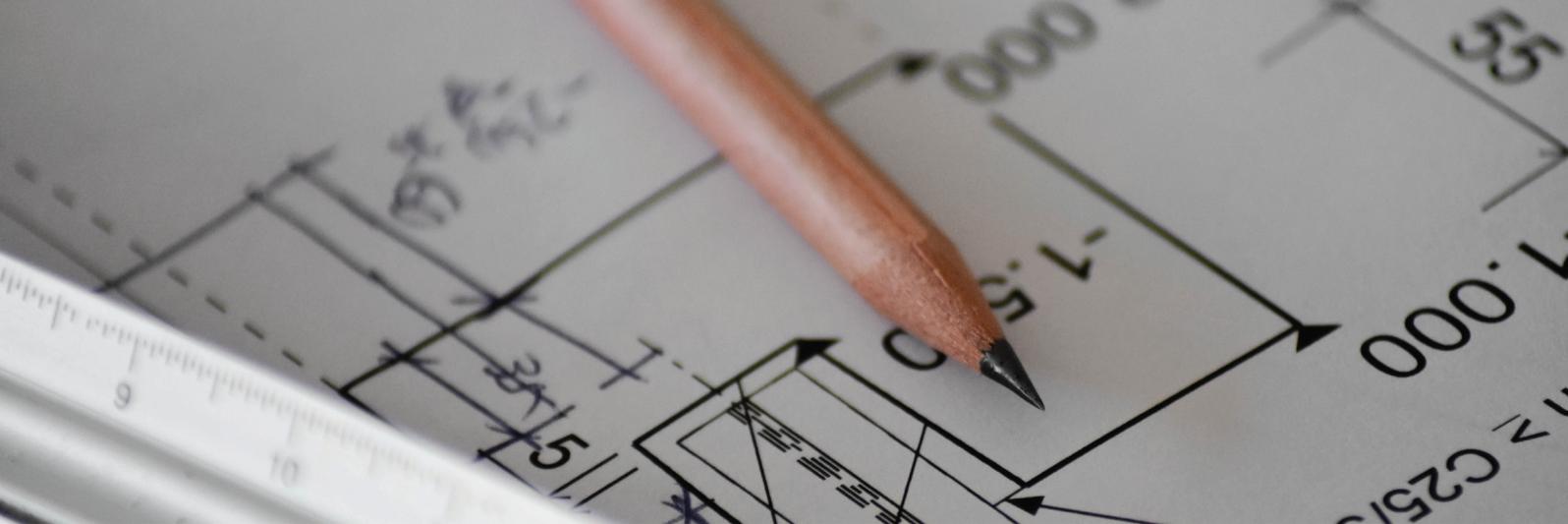


# MANUAL DO SEGURO SAÚDE SBF

Bradesco saúde | Ransom Seguros





# 1. Entidades | Titulares Elegíveis

## Documentos Necessários

Estas são as entidades para as quais a Ransom Resgate Consultoria em Seguros oferece, em condições especiais, o Seguro Saúde Coletivo por Adesão Bradesco/SBF. Os profissionais devidamente associados em sua respectiva entidade podem aderir ao benefício e incluir seus dependentes legais, conforme condições contratuais.

### 1.1 Elegibilidade do titular

Estudantes a partir da graduação em Física e os profissionais da área da Física, **desde que sejam associados à Sociedade Brasileira de Física (SBF), Sociedade Astronômica Brasileira (SAB), Associação Brasileira de Física Médica (ABFM) e Sociedade Brasileira de Metrologia (SBM)** e em dia com o pagamento da anuidade em exercício.

Nota: O desligamento ou inadimplência financeira do participante titular com sua entidade (SBF, SAB, ABMF e SBM) irá acarretar o desligamento automático do plano de saúde e/ou dental sem o pré-aviso. O titular não pode perder o vínculo como associado.



## 2. Documentos Necessários

### **Titular - associado(a)**

- Cópia do RG;
- Comprovante da matrícula
- 

### **Cônjuge**

- Cópia do RG;
- Cópia da Certidão de Casamento.

### **Companheiro(a)**

- Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a)companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a);
- Cópia do RG do(a) companheiro(a).

### **Filhos(as), adotivos ou enteados.**

**É permitida a inclusão e permanência dos mesmos no seguro até 40 anos de idade**

- Cópia do RG ou cópia da Certidão de Nascimento
- Adoção - documento que comprove adoção

**Filhos inválidos, independente da idade, assim considerados aqueles elegíveis para afeito de declaração de imposto de renda do segurado titular**

- Cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS;
- Cópia da Certidão de Nascimento OU cópia do RG.

**Filhos (as) e Enteados (as)  
Desde que sejam dependentes  
do seguro saúde, acima de 40  
anos de idade**

- Ao completar 40 anos de idade, poderão permanecer no plano, desde que filie-se junto a SBF/SAB/ABMF e seja pagante da anuidade.

**Titular casado:**

- Cópia da Certidão de Casamento e cópia da Certidão de Nascimento do(a) enteado(a). Os maiores de 21 anos deverão apresentar a Declaração da faculdade ou cópia do comprovante de matrícula.

**Titular com companheiro(a):**

- Declaração União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a), constando dependência econômica do(a) enteado(a);
- Cópia da Certidão de Nascimento do(a) do(a) enteado(a), os maiores de 21 anos deverão apresentar a declaração da faculdade ou comprovante de matrícula.

**ATENÇÃO:** Todos proponentes titulares e/ou seu(s) dependente(s) com 18 anos ou mais deverão apresentar cópia do RG e cópia do CPF. O titular deverá apresentar cópia do comprovante de residência.

A Ransom/SBF poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.

### **3. Rede Referenciada**

Para consultar a Rede Referenciada, acesse:

**[www.bradescoseguros.com.br](http://www.bradescoseguros.com.br)** e seguir conforme abaixo:

- Clique em "Referenciados Saúde";
- Desça a barra de rolagem até encontrar "Encontre uma assistência médica perto de você", logo após selecione a opção "Ainda não é cliente?";
- Selecione a opção "Plano" e procure pelo "Código da ANS" no plano desejado;
- Ao encontrar o plano desejado, clique no mesmo e selecione o local desejado;
- Após a seleção da localização, você irá escolher seu método de busca, (tipo de estabelecimento, nome ou pela qualificação)
- Após escolher o tipo de busca, exibirá um filtro da rede credenciada, onde você poderá verificar hospitais, laboratórios, clínicas médicas entre outros referenciados do plano.

## 4. Tipos de plano

Plano Bradesco Saúde	Código ANS	Padrão de acomodação em internação	Abrangência Geográfica
FXE Nacional Flex E CA	465.750/11-1 FXE <b>Enfermaria</b>	Coletivo	Nacional
FXQ Nacional Flex Q CA	465.749/11-7 FXQ <b>Quarto</b>	Individual	Nacional
TNE Top Nacional E CA	465.665/11-2 TNE <b>Enfermaria</b>	Coletivo	Nacional
TNQ Top Nacional Q CA	463.903/11-1 TNQ <b>Quarto</b>	Individual	Nacional

## 5. Custo por faixa etária incluso o IOF (2.38%)

SBF/SBQ/SAB/ABFM/SBM - **Planos\***

Até outubro de 2022

Faixa Etária	FXE 465.750/11-1	FXQ 465.749/11-7	TNE** 465.665/11-2	TNQ** 463.903/11-1
0 A 18	R\$ 317,83	R\$ 397,27	R\$ 423,61	R\$ 567,55
19 A 23	R\$ 395,40	R\$ 494,25	R\$ 527,02	R\$ 706,13
24 A 28	R\$ 464,24	R\$ 580,29	R\$ 618,75	R\$ 828,99
29 A 33	R\$ 567,43	R\$ 709,27	R\$ 756,28	R\$ 1.013,27
34 A 38	R\$ 632,51	R\$ 790,59	R\$ 842,98	R\$ 1.129,45
39 A 43	R\$ 658,69	R\$ 823,39	R\$ 877,96	R\$ 1.176,24
44 A 48	R\$ 778,67	R\$ 973,35	R\$ 1.037,86	R\$ 1.390,50
49 A 53	R\$ 909,77	R\$ 1.137,22	R\$ 1.212,59	R\$ 1.624,63
54 A 58	R\$ 1.082,25	R\$ 1.352,85	R\$ 1.442,50	R\$ 1.932,64
59+	R\$ 1.906,98	R\$ 2.383,74	R\$ 2.541,72	R\$ 3.405,32

\*Todos os planos com abrangência nacional

\*\*Assistência pessoal 24 horas exterior por reembolso no plano TNE1, TNQ2, TPPE e TPPQ.

## 6. Faixas etárias

O valor do prêmio do seguro será diretamente proporcional à idade dos segurados incluídos na apólice. Ao longo da vigência do seguro, esse valor estará sujeito a reajuste, por mudança de faixa etária de cada segurado incluído na apólice, que incidirá sobre o valor do prêmio imediatamente anterior, de acordo com os percentuais da tabela a seguir:

### Da Faixa Etária Para a Faixa Etária Reajuste Percentual

Até 18 anos.....	De 19 a 23 anos.....	24,41%
De 19 a 23 anos.....	De 24 a 28 anos.....	17,41%
De 24 a 28 anos.....	De 29 a 33 anos.....	22,23%
De 29 a 33 anos.....	De 34 a 38 anos.....	11,47%
De 34 a 38 anos.....	De 39 a 43 anos.....	4,15%
De 39 a 43 anos.....	De 44 a 48 anos.....	18,21%
De 44 a 48 anos.....	De 49 a 53 anos.....	16,84%
De 49 a 53 anos.....	De 54 a 58 anos.....	18,96%
De 54 a 58 anos.....	De 59 anos em diante.....	76,20%

O acréscimo referente ao reajuste incidirá no mês seguinte aquele em que ocorrer o ingresso do segurado na idade prevista na faixa etária imediatamente superior, ficando assegurado que:

- O valor da última faixa etária não será superior a seis vezes o valor da faixa inicial;
- A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não será superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas etárias.

## 7. Coberturas

Obriga-se a Seguradora a custear, através de reembolso dentro dos limites estabelecidos no contrato ou, alternativamente, por meio de pagamento direto à rede referenciada, por conta e ordem do Segurado, as despesas relativas à cobertura assistencial, médica, ambulatorial e hospitalar, quando necessárias para o tratamento de todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas Relacionados com a saúde, da Organização



Mundial de Saúde (OMS), em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e de saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento. A cobertura corresponde à segmentação assistencial Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia observada e respeitada a abrangência geográfica, inclusive nos casos de reembolso pela utilização da livre escolha de prestadores de serviço. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência geográfica contratada, será garantido independentemente do local de origem do evento.

### **7.1 Transplantes**

De rim, córnea e medula óssea (autólogo e alogênico) listados no Rol de procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento;

Demais transplantes não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desde que observado o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT).

Implantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

### **7.2 Cobertura de Remissão por Morte do Beneficiário Titular**

Cobertura por 01 (um) ano sem custo para os beneficiários dependentes, em caso de óbito do beneficiário titular. Válida apenas para os planos de Rede Top nacional (TNE/TNQ).

### **7.3 Assistência Pessoal**

O seguro viagem abrange o Plano Nacional TNE1 e TNQ2.

#### **• Coberturas no Brasil e no Exterior**

Remoção Médica, Regresso Domiciliar por Razão Médica, Localização e Encaminhamento de Bagagem Extraviada, Ajuda Financeira por Extravio de Bagagem, Passagem Aérea para Visita de Parente do Beneficiário, Hospedagem de Parente do Beneficiário, Garantia de Viagem de Regresso, Translado de Corpo.

#### **• Coberturas disponíveis exclusivamente no Exterior**

Assistência Médica, Indicação de Assistência Jurídica, Regresso Antecipado por Morte de Parente de 1º Grau, Embarque de Menores de 14 Anos, Adiantamento Financeiro, em Caso de Roubo ou Furto de Dinheiro, Repatriamento de Familiar, Orientação em Caso de Perda de Documentos, Prolongamento em Estada em Hotel.  
²Conforme condições contratuais.

## 8. Pagamento

### 8.1. Reserva Técnica - caução

Na adesão ao benéfico é arrecadado um valor equivalente a uma mensalidade por participante, que deverá ser depositado a favor da SBF, responsável pela administração da reserva técnica. Este valor não se refere a primeira mensalidade do plano de saúde e/ou dental e sim para compor uma reserva técnica cuja finalidade é dar sustentação e equilíbrio financeiro na operação, servindo como uma caução garantidor de eventuais inadimplências. Importante salientar que não se trata de quaisquer tipos de taxas, já que estes valores relacionados a reserva técnica serão restituídos atualizados ao titular em caso de cancelamento, exceto se na data solicitada para o cancelamento existir inadimplência. Em caso de solicitação pelo titular de cancelamento ao plano de saúde e ou dental, serão propostas duas possibilidades:

- 1 – Permanecer por mais um mês no plano de saúde e/ou dental, sem pagamento desta mensalidade;
- 2 – Cancelamento no mês solicitado e devolução do valor correspondente a última mensalidade paga, esta é a forma de atualização do valor referente a reserva técnica na adesão;

### 8.2. Valor mensal do plano de saúde e/ou dental

A primeira mensalidade será paga até a data do início da vigência do benefício, as demais serão debitadas no cartão de crédito definido pelo titular sempre no quinto dia útil do mês anterior ao mês de cobertura. Exemplo: dia 5 de fevereiro a cobrança é referente a mensalidade de março. Somente na primeira cobrança no cartão do titular, poderá ocorrer o débito de duas mensalidades (a do mês e a da antecipação), vai depender do vencimento do cartão. Serão aceitos os cartões de bandeiras: VISA; MASTERCARD e ELO.

### 8.3. Reajustes

Em concordância com as normas da Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS) os contratos de plano de saúde e/ou dental coletivos sofrem reajustes anualmente, são dois os índices que compõem o reajuste total para o período de 12 (doze) meses, sendo:

- Reajuste financeiro: Tem como base a Variação dos Custos Médico-hospitalares (VCMH). Este índice é monitorado pela ANS, correspondendo á inflação oficial da área médica, normalmente acima do Índice Nacional do Preços ao Consumidora (IPCA);
- Reajuste por Sinistralidade (utilização) : Este índice é o resultado da diferença entre Receita (faturas pagas) e Despesas (todas as utilizações) no último período de 12 (doze) meses.

Dentro do período de vigência somente ocorreram reajuste individualmente na mudança de faixa etária (ver item 5)



#### 8.4. Prazos para adesão

<b>Data da Proposta Recebimento da proposta</b>	<b>Início da vigência do benefício</b>
Dia 01 a 20	1º Dia do mês subsequente
Dia 21 a 31	1º Dia do 2º mês subsequente

**Exemplo:** Proposta dia 15 de outubro vigência 1º novembro  
Proposta dia 25 de Outubro vigência 1º dezembro

## 9. Carências

### 9.1. Carências contratuais

#### **24 (vinte e quatro) horas**

- Casos de emergência e de urgência.

#### **15 (quinze) dias**

- Consultas médicas e exames simples

#### **90 (noventa) dias**

- Para fisioterapia, exceto nos casos de acidente pessoal.

#### **180 (cento e oitenta) dias**

- Para os demais casos

#### **300 (trezentos) dias**

- Parto a termo.



## **9.2. Redução/isenção de carências:**

Nos casos de proponentes oriundos de outro plano da Bradesco Saúde, inclusive da apólice 7799, a redução/isenção de carência e cobertura parcial temporária (CPT) considerará os prazos já cumpridos pelos proponentes no plano anterior, desde que, não haja descontinuidade de pagamento.

Os casos de proponentes oriundos de outros planos:

**Empresas Congêneres: AMIL/MEDIAL, ALLIANZ, TEMPO, CARE PLUS, CASSI, GOLDEN CROSS, MARÍTIMA, MEDISERVICE, OMINT, ONE HEALTH, PORTO SEGURO, SUL AMÉRICA, UNIMED, LINCX, NOTRE DAME.**

A análise para redução/isenção dos prazos de carências será realizada pela Seguradora, que verificará adicionalmente a similaridade entre o plano anterior e o plano contratado.

## **9.2. Doença (S) ou lesão(ões) preexistente (S)**

Além das carências descritas acima, havendo na "Declaração de Saúde" a informação sobre doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) da(s) qual(is) o proponente titular e/ou seu(s) dependente(s) saiba(m) ser portador(es), seja por diagnóstico feito ou conhecido, poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do benefício, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s), como por exemplo, obesidade mórbida.



## 10. Afastamento Temporário

O participante que tiver de se ausentar do país por mais de 06 (seis) meses e máximo de 02 (dois) anos por razão de complementação dos estudos ou atividade profissional, poderão solicitar o desligamento temporário. Será necessário comprovações e no retorno, terão no máximo 30 (trinta) dias para solicitar sua reinclusão sem carência. Em certos casos, não será necessário cumprir as carências previstas.

## 11. Cancelamento

Solicitar até o dia 20 do mês que antecede o do cancelamento, enviando e-mail para [sbf1@ransom.com.br](mailto:sbf1@ransom.com.br). Exemplo: Solicitar até o dia 20 de janeiro, quem pretender se desligar do plano a partir de 01 de fevereiro.

Poderão optar em ficar mais 01 mês ou solicitar o depósito do valor da reserva técnica equivalente a última mensalidade de seu plano.

## 12. Informações Importantes

- Proposta sujeita à análise técnica.
- A Bradesco também disponibiliza para contratação o plano Referência.
- Upgrade: Será facultado aos segurados a mudança para um padrão do plano superior ao contrato, exceto para os planos top Nacional quarto (TNQ), desde que haja solicitação expressa á seguradora até 30 (trinta) dias após a renovação da apólice.
- Downgrade: Cabe ressaltar que não será permitida a opção por um padrão menor.
- Não será permitido aos segurados que optaram pelo up-grade o regresso ao plano anterior (Down grade).
- Modalidade de pagamento por faixa etária.
- Reavaliação em conjunto com apólice 7799.

**Ransom Resgate Consultoria em Seguros**

**sbf1@ransom.com.br**

**(11) 2984-1515**

**(11) 98643-8410 (Whatsapp)**

**www.ransom.com.br**

**www.sbfisica.org.br**

**Aplicativos para Android e IOS**

**Faça o download em seu celular dos aplicativos Bradesco Seguros e Ransom Seguros para mais facilidade.**

