

Manual de Adesão
Plano Hospitalar com obstetrícia
Bradesco Saúde

Apólice 5227
Boas-Vindas

Sumário

Plano coletivo por adesão.....	3
1. Entidades Titulares Elegíveis	4
2. Dependentes Elegíveis	4
3. Documentos necessários para adesão.....	6
4. Formas de atendimento	7
4.1. Rede Referenciada	7
4.2. Acesso a livre escolha de prestadores	8
5. Tipos de planos	10
6. Coberturas	11
6.1 Cobertura Hospitalar	11
6.2. Cobertura obstétrica.....	13
6.3. Urgência e Emergência	13
6.4. Coberturas Adicionais	14
6.4.1. Remissão - Cobertura de Remissão por Morte do Beneficiário Titular	14
6.4.2. Seguro Viagem.....	15
7. Carências.....	16
8. Cobertura Parcial Temporária	16
9. Coparticipação	17
10. Reajuste	17
11. Mudança de faixa etária.....	18
12. Cancelamento	19
13. Transferência entre planos.....	19
14. Suspensão do plano	20
15. Canais de atendimento	20

Plano coletivo por adesão

Você adquiriu um plano de saúde coletivo por adesão, contratado pela Sociedade Brasileira de Física, na condição de estipulante/contratante junto a Bradesco Saúde, operadora devidamente registrada na ANS sob o número 005711.

Este tipo de contratação obedece a regras específicas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e destina-se a atender a um grupo de pessoas que fazem parte de uma categoria profissional, classista ou setorial devidamente vinculado a uma Entidade de classe.

Este Manual de Adesão foi elaborado com o objetivo de reforçar as regras e condições do seu plano de saúde e esclarecer todos os aspectos relativos à utilização, manutenção do seu plano de saúde.

1. Entidades | Titulares Elegíveis

Os profissionais devidamente associados em sua respectiva entidade podem aderir ao plano de saúde na condição de titular do plano e incluir os dependentes elegíveis, conforme item “2. Dependente Elegíveis” deste Manual.

Poderão ser considerados titulares todos os estudantes universitários, professores, pesquisadores e profissionais atuando nas áreas de Física, Astronomia, Física Médica, Metrologia e Matemática desde que sejam associados à Sociedade Brasileira de Física (SBF), Sociedade Astronômica Brasileira (SAB), Associação Brasileira de Física Médica (ABFM), Sociedade Brasileira de Metrologia (SBM) e Sociedade Brasileira de Matemática (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 odontológico.*

2. Dependentes Elegíveis

Poderão ser considerados dependentes os seguintes indivíduos, desde que mantenham uma relação de dependência com o beneficiário titular e desde que tenham sido inscritos por ele no plano de saúde:

- cônjuge;
- companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- filhos(as) solteiros(as) com até 40 (quarenta) anos;
- Enteados(as) solteiros(as) até 40 (quarenta) anos; e
- filhos inválidos, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular.

Fica assegurada a cobertura de acordo com a segmentação do plano contratado, ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou de seu dependente (cônjuge ou companheiro) no plano de saúde, durante os primeiros 30 (trinta) dias de vida, mediante a apresentação do cartão de identificação (físico ou virtual) do pai ou da mãe.

Após os primeiros 30 (trinta) dias de vida a cobertura cessará e a sua continuidade dependerá da inclusão do recém-nascido no plano de saúde, de acordo com as regras de elegibilidade e aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo pai ou mãe, beneficiários da apólice, sendo vedada à Bradesco Saúde qualquer alegação de doenças ou lesões preexistentes, ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, nos termos da legislação vigente.

Para a inclusão do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, no plano de saúde, deve ser respeitadas as seguintes condições:

- A solicitação deverá ser feita para a AQS Corretora em até 30 dias contados do nascimento ou adoção, mediante envio do formulário (link abaixo) devidamente preenchido, assinado e acompanhado da certidão de nascimento do recém-nascido.

https://sbf.aqscorretora.com.br/wp-content/uploads/2024/04/Formulario-de-movimentacao-cadastral_2024.pdf

Importante

O formulário poderá ser assinado pelo site do gov.br ou por meio da plataforma digital de assinatura disponibilizada pela AQS Corretora.

Os dependentes do beneficiário titular que venham a ser incluídos no plano de saúde após os prazos previstos no parágrafo anterior ficarão sujeitos às carências e Cobertura Parcial Temporária – CPT descritas nos itens 7 e 8 deste Manual.

Ao completar 40 anos de idade, os filhos e enteados dependentes poderão permanecer no plano como titular, desde que possuam a elegibilidade prevista no item “1. Entidades | Titulares Elegíveis”, deste Manual. A solicitação deverá ser feita para a AQS Corretora, mediante envio da Ficha de inclusão devidamente preenchida, assinada e acompanhada da documentação prevista no item “3. Documentos necessários”, deste Manual.

3. Documentos necessários para adesão

Grau de parentesco	Documentação
Titular	• Cópia do RG e cópia do CPF
	• Comprovante de vínculo associativo
	• Comprovante de residência
	• Cópia do Cartão Nacional de Saúde
Cônjuge	• Cópia do RG e cópia do CPF
	• Cópia da Certidão de Casamento
	• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Companheiro(a)	• Declaração de União Estável registrada em cartório
	• Cópia do RG e cópia do CPF do(a) companheiro(a)
	• Cópia do Cartão Nacional de Saúde
Filho(a) solteiro(a) de até 40 (quarenta) anos	• Cópia da Certidão de Nascimento OU cópia do RG
	• Cópia do CPF
	• Cópia do Cartão Nacional de Saúde
Filho(a) absolutamente incapaz solteiro(a) de qualquer idade	• Cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS
	• Cópia da Certidão de Nascimento OU cópia do RG
	• Cópia do CPF
	• Cópia do Cartão Nacional de Saúde
Enteado(a) solteiro(a) de até 40 (quarenta) anos	• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG do(a) enteado(a)
	• Cópia do CPF
	• Cópia do Cartão Nacional de Saúde
	Titular casado
	• Cópia da Certidão de Casamento
	Titular com companheiro(a)
• Declaração de União Estável registrada em cartório	

ATENÇÃO: A AQS Corretora/SBF poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, por solicitação da Bradesco, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.

4. Formas de atendimento

4.1. Rede Referenciada

A Bradesco Saúde coloca à disposição do beneficiário uma rede referenciada de prestadores de serviços médico-hospitalares, que oferecem atendimento em conformidade com os limites e as condições do plano contratado pelo beneficiário. Nos casos de utilização da rede referenciada, a Bradesco Saúde efetuará o pagamento das despesas cobertas diretamente ao referenciado.

Nesses estabelecimentos, o atendimento não demanda, por parte do beneficiário, nenhum tipo de pagamento ao prestador escolhido.

A Rede Referenciada poderá ser consultada por meio do telefone 0800-727- 9966 (SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente), pelo site www.bradescosaude.com.br ou pelos aplicativos “Bradesco Saúde” ou “Bradesco Seguros”, disponíveis nas lojas de aplicativos do seu celular. Portadores de necessidades especiais auditivas ou de fala devem ligar para 0800-701-2708, a partir de aparelho adaptado com o dispositivo TDD.

Acesso ao site: www.bradescoseguros.com.br

- Clique em “Saúde.”
- Clique em “médicos, laboratórios e muito mais”;
- Insira o seu CPF ou cartão de identificação Bradesco Saúde;
- Após a seleção da localização, você irá escolher seu método de busca, (tipo de estabelecimento, nome ou pela qualificação).

4.2. Acesso a livre escolha de prestadores

Além da rede de prestadores referenciados, este plano de saúde oferece o sistema de livre escolha, pelo qual o associado utiliza profissionais não referenciados pela Bradesco Saúde para o plano contratado e solicita o reembolso de despesas médico-hospitalares cobertas e comprovadamente pagas, as quais serão reembolsadas somente em conta do beneficiário titular, de acordo com as condições e os limites do plano contratado e de acordo com as regras a seguir mencionadas:

- a) O reembolso seja decorrente de procedimentos e eventos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, sendo observados os limites e as regras previstas nas Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas (DC) e Protocolo de Utilização (PROUT) editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigentes à época do evento;
- b) mediante a apresentação de recibos e notas fiscais e do comprovante que demonstre o efetivo desembolso das despesas médico-hospitalares cobertas e, como por exemplo: comprovante de transferência bancária, comprovante de PIX, comprovante de cartão de crédito ou cartão de débito, comprovante de compensação de cheque ou comprovante de saque ou similar que sustente a origem do valor pago em espécie para o prestador que realizou o atendimento;
- c) o prestador de serviço e o estabelecimento de saúde devem estar, na data do evento, habilitados/autorizados para a execução do procedimento objeto do reembolso e suas atividades devem estar em conformidade com o cadastrado nos órgãos governamentais/Conselhos Profissionais; e
- d) o prestador utilizado pelo beneficiário não seja referenciado da Bradesco Saúde para o evento e ou procedimento objeto do pedido.

Como solicitar o reembolso

Em posse da documentação necessária, que poderá ser consultada no link a seguir mencionado, acesse o aplicativo da Bradesco Saúde ou Bradesco Seguros e siga as orientações.

<https://www.bradescoseguros.com.br/clientes/produtos/plano-saude/reembolso/documentacao-necessaria>

No aplicativo também poderá ser consultado o andamento da sua solicitação.

Atenção: O beneficiário deverá observar o prazo máximo para apresentação dos pedidos de reembolso, que é de 1 (um) ano a partir da data de ocorrência do evento, conforme previsto no Código Civil Brasileiro, em seu artigo 206.

Prazo para reembolso

A Bradesco Saúde dispõe de um prazo de 30 (trinta) dias, contados da em que efetivamente receber os documentos necessários, para efetuar o reembolso das despesas cobertas, no limite do plano contratado.

Caso a documentação esteja incompleta ou se houver inexatidão nos documentos, a Bradesco Saúde poderá pedir informações complementares, no prazo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação pelo beneficiário. Neste caso, a Operadora terá um novo prazo, de até 30 (trinta) dias, para efetuar o reembolso.

O valor do reembolso de despesas, de acordo com o plano contratado, será depositado na conta-corrente informada pelo beneficiário titular. É muito importante que seus dados estejam sempre atualizados.

Caso não haja tal informação, o valor do reembolso ficará disponível, por 30 (trinta) dias, em qualquer agência do Banco Bradesco – devendo ser retirado mediante apresentação do documento de identidade do beneficiário titular e do cartão de identificação do beneficiário emitido pela Bradesco Saúde.

Prévia de reembolso

Em posse do orçamento emitido pelo médico assistente o beneficiário poderá solicitar a prévia de reembolso pelo aplicativo da Bradesco Saúde ou Bradesco Seguros.

5. Tipos de planos

A Bradesco Saúde em parceria com a Sociedade Brasileira de Física, disponibiliza 2 planos com segmentação Hospitalar com Obstetrícia que se diferenciam pelo padrão de acomodação, múltiplo de reembolso e rede credenciada:

Nome Comercial	Bradesco Saúde Hospitalar Nacional 2 E CA	Bradesco Saúde Hospitalar Nacional 2 Q CA
Número do Registro	485.471/20-3	485.463/20-2
Código na Bradesco	NEH1	NQH2
Padrão de acomodação	Coletiva	Individual
Segmentação Assistencial	Hospitalar com obstetrícia	Hospitalar com obstetrícia
Abrangência Geográfica	Nacional	Nacional

6. Coberturas

A Bradesco cobrirá, através de reembolso, dentro dos limites estabelecidos na Apólice ou, alternativamente, por meio de pagamento direto à rede referenciada, por conta e ordem do beneficiário, as despesas relativas à cobertura assistencial médico-hospitalar para a segmentação hospitalar com obstetrícia, inclusive as relativas aos procedimentos especiais, 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 obedecido ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento, desde que executados por profissional de saúde habilitado e que atenda aos critérios de referenciamento e reembolso (quando cabível e de acordo com o plano contratado) adotados pela Bradesco Saúde.

A cobertura garantida corresponde a segmentação assistencial 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.

6.1 Cobertura Hospitalar

A Seguradora cobrirá as despesas médico-hospitalares cobertas, sem limitação de prazo de internação, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), inclusive em unidade ou centro de terapia intensiva ou similar, a critério do médico assistente, desde que haja necessidade clínica, como por exemplo:

- internações clínicas e cirúrgicas;
- internações decorrentes de emergências ou urgências;
- tratamento hospitalar (clínico ou cirúrgico) de todos os transtornos psiquiátricos constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão (CID 10), inclusive os procedimentos

médicos necessários ao atendimento de lesões auto infligidas, além do tratamento em regime de hospital-dia, em número ilimitado de dias, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

- pequenas intervenções cirúrgicas em ambulatório ou clínica, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento;
- transplantes: observadas as condições e os critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento;
- implantes cirúrgicos de órteses e próteses com devido registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANVISA), previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento; e
- demais tratamentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, para a segmentação hospitalar com obstetrícia, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento.
- remoção de paciente em ambulância, por via terrestre, para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica do plano contratado, em território brasileiro, quando solicitada e justificada pelo médico assistente e de acordo com regras previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Também estarão cobertos os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada sob o regime de internação hospitalar, como por exemplo:

- hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

- procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- hemoterapia;
- nutrição parenteral ou enteral;
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- radiologia intervencionista;
- exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; e
- acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

6.2. Cobertura obstétrica

Para os procedimentos em regime ambulatorial cujo atendimento seja garantido pela legislação vigente na data do evento, estará assegurada esta cobertura, sendo o caso de consultas médicas relativas ao pré-natal (da assistência ao parto e puerpério), bem como os exames médicos relativos ao pré-natal, os pré-anestésicos e os pré-cirúrgicos, seja através de rede referenciada ou de reembolso, conforme plano contratado.

6.3. Urgência e Emergência

Estão cobertos os atendimentos nos casos caracterizados como de urgência ou emergência, em quaisquer dos prontos-socorros constantes na Lista de Prestadores Referenciados do plano contratado e que estarão devidamente identificados.

O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal estará garantido, sem restrições, respeitadas a cobertura e segmentação contratadas, decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do plano de saúde.

Estarão cobertos os atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta, ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

Ficam garantidos os atendimentos, inclusive quando se referirem ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação no decorrer desse período, nos casos em que:

- a) o beneficiário estiver submetido à Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes; ou
- b) o beneficiário ou a segurada gestante, ainda esteja cumprindo prazo de carência para internação.

Exclusivamente nos casos previstos nas alíneas "a" e "b" deste item, quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgências e emergências, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário.

6.4. Coberturas Adicionais

6.4.1. Remissão - Cobertura de Remissão por Morte do Beneficiário Titular

Cobertura por 01 (um) ano sem custo para os beneficiários dependentes mencionados no item 2. Dependentes Elegíveis, em caso de óbito do beneficiário titular, desde que:

- a) O falecimento tenha ocorrido de evento passível de cobertura pelo plano de saúde;
- b) A cobertura contratual não esteja suspensa por atraso no pagamento da mensalidade (inadimplência); e
- c) O beneficiário titular esteja com o vínculo ativo com a Sociedade Brasileira de Física na data do falecimento e que possa ser comprovado.

O beneficiário **perderá** o benefício da remissão nas seguintes situações:

- a) Quando o beneficiário, durante o período de remissão, perder a condição de que o caracterizava como dependente do titular;
- b) Aos beneficiários, de uma maneira geral, após decurso do período de remissão; ou
- c) Em caso de infrações ou fraudes comprovadas.

- d) Caso o dependente tenha sido incluído na Apólice nos 12 (doze) meses anteriores ao falecimento do beneficiário titular, com exceção nos seguintes casos: (i) caso a morte do titular tenha decorrido de acidente pessoal; (ii) filhos recém-nascidos e/ou recém adotados; e (iii) recém-casados ou que tenham contraído união estável.

Atenção: O benefício de remissão não implicará na dispensa de eventuais prazos de carências e/ou cobertura parcial temporária que estejam sendo cumpridos pelos beneficiários.

Durante o período de remissão não serão admitidas alterações no grupo segurado remido.

Se houver ocorrido alteração para plano de categoria superior nos 12 meses anteriores ao falecimento do beneficiário titular, a utilização do plano de saúde durante o período de remissão, será aquela do plano anterior, exceção feita caso a morte do titular tenha decorrido de acidente pessoal.

6.4.2. Seguro Viagem

O seguro-viagem tem por objeto garantir o atendimento ao beneficiário da BRADESCO SAÚDE, residente e domiciliado no Brasil, quando em viagem no Brasil ou no Exterior, em caso de ocorrência de doenças com manifestação súbita e aguda ou em caso de acidentes, bem como de outros acontecimentos imprevistos mencionados nesta cobertura. Quando em viagem no Brasil, os serviços serão prestados desde que o beneficiário se encontre a uma distância mínima de 100 (cem) quilômetros do município em que tenha residência permanente.

7. Carências

Carência é o tempo, corrido e ininterrupto, contando a partir da data de ingresso do beneficiário na apólice coletiva, durante o qual não poderá usufruir das coberturas garantidas por este plano de saúde, ainda que esteja em dia com o pagamento do benefício, até que cumpra os prazos previstos*.

Os beneficiários titulares ou dependentes deverão cumprir os prazos de carência indicados na tabela a seguir, que serão contados a partir do seu ingresso no plano de saúde:

Procedimentos	Prazos de carências Contratuais
Atendimentos de urgência e emergência	24 horas
Parto a termo	300 dias
Demais procedimentos não mencionados nos itens anteriores	180 dias

**Tais regras estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Bradesco Saúde e a SBF.*

8. Cobertura Parcial Temporária

Além dos períodos de carências, haverá a aplicação da CPT – Cobertura Parcial Temporária em caso de Doenças ou Lesões preexistente declaradas na Declaração de Saúde que acompanha a Ficha de inclusão.

CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da vigência do beneficiário no plano de saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo proponente ou seu representante legal.

9. Coparticipação

A coparticipação é o valor ou percentual pago pelo beneficiário do plano de saúde, em caso de utilização de determinados procedimentos, além da mensalidade.

Independentemente de o plano possuir ou não o fator moderador de coparticipação, haverá para todos os planos a coparticipação de 50% (cinquenta por cento) ou valor máximo permitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nos casos de internações exclusivamente psiquiátricas a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, consecutivos ou não, sobre o valor das despesas médico-hospitalares, no decorrer de 1 ano de contrato do beneficiário.

10. Reajuste

Conforme permitido pela legislação vigente, o reajuste anual é composto por 2 indicadores, observados sempre dentro de um período de análise de 12 meses.

Indicadores para o Reajuste Financeiro: observa-se a variação dos custos médico-hospitalares acumulados em 12 meses para toda a carteira de beneficiários da Bradesco Saúde.

Indicadores para o Reajuste Técnico: também conhecido como sinistralidade, onde as despesas devem representar até o limite de 70% dos prêmios pagos, dentro do período de apuração desta apólice. O que ultrapassar este limite de 70% é convertido em reajuste.

O reajuste anual será aplicado independente da data de adesão de cada Beneficiário, seja titular ou dependente, à Apólice Coletiva.

Os reajustes financeiros e por sinistralidade serão aplicados 1 (uma) vez por ano, no mês de **novembro**.

Os reajustes são devidamente comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar conforme previsto na legislação vigente.

11. Mudança de faixa etária

O valor do prêmio do plano de saúde será diretamente proporcional a idade dos beneficiários incluídos na apólice. Ao longo da vigência do plano de saúde, esse valor estará sujeito a alteração, por mudança de faixa etária de cada beneficiário incluído na apólice, que incidirá sobre o valor do prêmio imediatamente anterior, de acordo com os percentuais da tabela a seguir e será aplicado automaticamente no mês subsequente ao aniversário de cada beneficiário:

Faixa Etária	Percentual de reajuste
Até 18 anos	0%
De 19 a 23 anos	24,41%
De 24 a 28 anos	17,41%
De 29 a 33 anos	22,23%
De 34 a 38 anos	11,47%
De 39 a 43 anos	4,15%
De 44 a 48 anos	18,21%
De 49 a 53 anos	16,84%
De 54 a 58 anos	18,96%
De 59 anos em diante	76,20%

A inexistência de reajuste por mudança de faixa etária após os 59 (cinquenta e nove) anos de idade não inviabiliza nem prejudica a realização dos outros reajustes (financeiro e por índice de sinistralidade) previstos na apólice coletiva.

12. Cancelamento

O beneficiário titular poderá, voluntariamente, excluir seu(s) dependente(s) ou pedir a sua exclusão do plano de saúde mediante solicitação à AQS Corretora.

Como solicitar

O cancelamento poderá ser solicitado pelo beneficiário titular por um dos canais de atendimento da AQS Corretora, mediante o envio do formulário de movimentação cadastral (disponível no link a seguir), preenchido e assinado.

https://sbf.aqscorretora.com.br/wp-content/uploads/2024/04/Formulario-de-movimentacao-cadastral_2024.pdf

Importante

O cancelamento somente será processado na Bradesco, após o envio da documentação anteriormente mencionada.

Todos os documentos deverão ser enviados para a AQS Corretora com extensão PDF.

O formulário poderá ser assinado pelo site do gov.br ou por meio da plataforma digital de assinatura disponibilizada pela AQS Corretora.

13. Transferência entre planos

Down-grade – Os beneficiários poderão optar pelo *down-grade* no mês de aniversário da Apólice, (**novembro**) desde que não tenha ocorrido internação hospitalar de qualquer um dos participantes do grupo familiar (titular e/ou dependentes) nos últimos 12 meses que antecedem o aniversário da Apólice.

Up-grade - os beneficiários poderão optar pelo *up-grade* no mês de aniversário da apólice (**novembro**).

Como solicitar

A transferência poderá ser solicitada no mês de novembro, desde que a solicitação seja feita expressamente pelo beneficiário titular e mediante o envio do formulário de movimentação cadastral (disponível no link abaixo), preenchido e assinado.



https://sbf.aqscorretora.com.br/wp-content/uploads/2024/04/Formulario-de-movimentacao-cadastral_2024.pdf

O formulário também pode ser solicitado através de um dos canais de atendimento da AQS Corretora.

Importante

O formulário poderá ser assinado pelo site do gov.br ou por meio da plataforma digital de assinatura disponibilizada pela AQS Corretora.

Após análise e aprovação da Bradesco, a vigência no novo plano será no primeiro dia do mês de novembro, independentemente da data da solicitação.

A transferência do beneficiário titular para outro plano acarretará também na transferência dos seus dependentes (quando houver).

14. Suspensão do plano

Suspensão do plano de saúde por até 2 anos em caso de viagem ao exterior, comprovadamente para fins de atividades acadêmicas. Com direito a reativação em até 30 dias do regresso ao Brasil, sem cumprimento de novos prazos de carências e Cobertura Parcial Temporária (CPT).

15. Canais de atendimento

SBF – Sociedade Brasileira de Física

sbf@fisica.org.br

AQS Corretora

E-mail: contato@aqscorretora.com.br

WhatsApp: (11) 95077-2277 (exclusivo para mensagens de texto)

Telefone: (11) 4580-4654

Atendimento de segunda a sexta-feira das 9h às 18h exceto feriados.



Bradesco Saúde

Central de Relacionamento com o Cliente Bradesco Saúde:

4004-2700 - Capitais e Regiões Metropolitanas

0800-701-2700 – Demais localidades

0800-701-2708- Portadores de necessidades especiais auditivas ou de fala (a partir de aparelho adaptado com o dispositivo TDD)

0800-727-9966 - Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) Bradesco Saúde

Bradesco Saúde: **ANS nº 005711**