

Descomplicando Planos de Saúde

Tudo o que você precisa saber para dominar a venda.



Produção, edição e direitos:





ÍNDICE



SEÇÃO

PÁGINA

SOBRE A NOCTA.....	01
O QUE VOCÊ IRÁ APRENDER.....	02
BREVE INTRODUÇÃO AO MERCADO DE SAÚDE NO BRASIL.....	03
CAPÍTULO 1 - NAVEGANDO PELO CENÁRIO REGULATÓRIO.....	04
CAPÍTULO 2 - DESCOMPLICANDO A VENDA DE PLANOS DE SAÚDE.....	07
▪ O que são Operadoras de Planos de Saúde?.....	08
- Modelos: Autogestão; Cooperativas; Administradoras; Seguradoras; Medicina de Grupo; e Entidades.	
▪ O que é Plano de Saúde?.....	09
▪ Tipos de contratação.....	09
- Pessoa Física	
- Coletivo por Adesão	
- Empresarial	
▪ Tipos de cobertura.....	10
▪ Abrangência geográfica	11
▪ Tipos de acomodação.....	11
▪ Tipos de redes de atendimento e reembolso.....	11
▪ Tipos de cobrança de mensalidade.....	12
▪ Como funciona o reajuste das mensalidades.....	12
▪ Declaração de Saúde.....	13
▪ Carências.....	14
CAPÍTULO 3 - APRIMORANDO SUAS HABILIDADES DE VENDAS.....	15

SOBRE A NOCTA



A empresa **Nocta Consultoria de Seguros e Benefício** trabalha com experiência de 18 anos no Mercado de Saúde Suplementar e é credenciada por diversas Operadoras de Planos de Saúde, como Amil, Unimed, Transmontano e Grupo NotreDame Intermédica, além de Seguradoras, como Bradesco, SulAmérica, Porto Seguro, entre outras.

Com uma carteira de clientes composta por empresas de todo Brasil, dos mais variados tamanhos e segmentos, a Nocta se destaca pela qualidade no atendimento, pelos serviços e produtos com solidez de mercado.

Este e-book é para você!

Este e-book foi criado para um aproveitamento imediato do profissional que, entre outras coisas, busca trabalhar com vendas de Planos de Saúde.



O QUE VOCÊ IRÁ APRENDER

Navegando pelo Cenário Regulatório:

conhecimento sobre as regulamentações que afetam a venda de Planos de Saúde para garantir que você esteja sempre em conformidade.

Descomplicando a Venda de Planos de Saúde:

definição dos termos técnicos em linguagem clara e acessível, permitindo que você compreenda completamente os diferentes tipos de planos e suas nuances.

Aprimorando suas Habilidades de Vendas:

dicas extras para você atender às necessidades de seus clientes e colocar em prática suas habilidades de comunicação e vendas.



BREVE INTRODUÇÃO AO MERCADO DE SAÚDE NO BRASIL

Ter um Plano de Saúde é um dos maiores desejos de consumo do brasileiro, atrás apenas da casa própria e de educação.

De acordo com a pesquisa “Anab de Planos de Saúde” de 2021, o serviço é considerado a 3ª maior conquista na vida dos brasileiros.

Na faixa etária acima de 50 anos, por exemplo, o benefício só perde para a casa própria. Para os aposentados, é prioridade absoluta e supera a moradia.

SISTEMAS DE SAÚDE E SUAS RESPECTIVAS DIFERENÇAS



1 - Sistema Público

Sistema Único de Saúde (SUS).

Criado pela Constituição Federal de 1988.

Administração Pública Direta e Indireta: autarquias, fundações públicas, empresas públicas e sociedade de economia mista.

2 - Sistema de Saúde Complementar

Atuação da iniciativa privada junto ao SUS.

Organizações Sociais da Saúde (OSS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP): contratos de gestão, convênios e termos de parceria, observadas as normas de direito público.

Preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

3 - Sistema Saúde Suplementar

Operadoras e Seguradoras de planos e seguros privados.

Reguladas e fiscalizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

4 - Sistema Privado

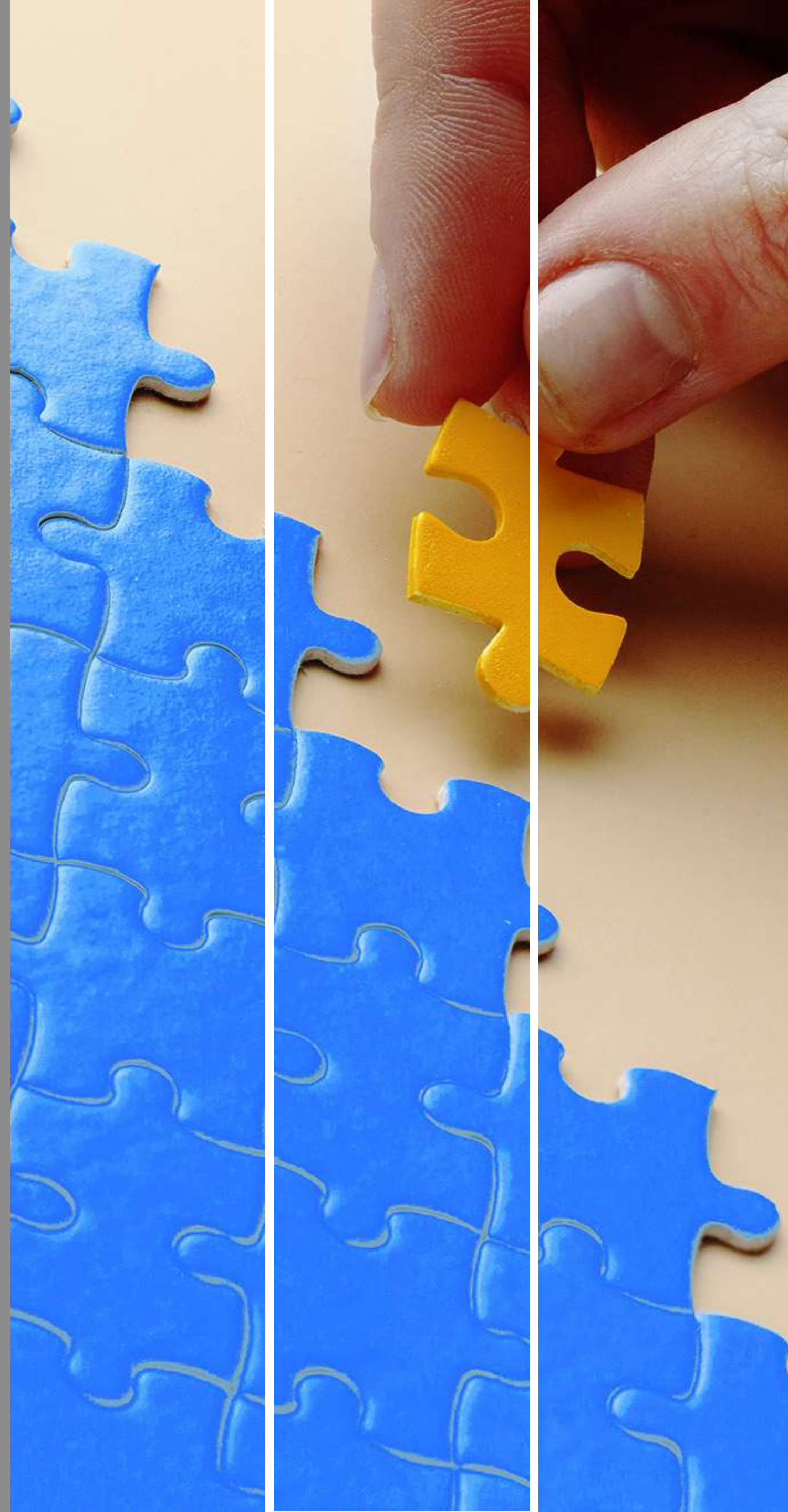
Hospitais, clínicas, laboratórios, serviços de imagem, reprodução assistida, genética e outras instituições de saúde privadas.



Capítulo 1



NAVEGANDO PELO CENÁRIO REGULATÓRIO



QUEM É A ANS?

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora, vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de Planos de Saúde no Brasil.

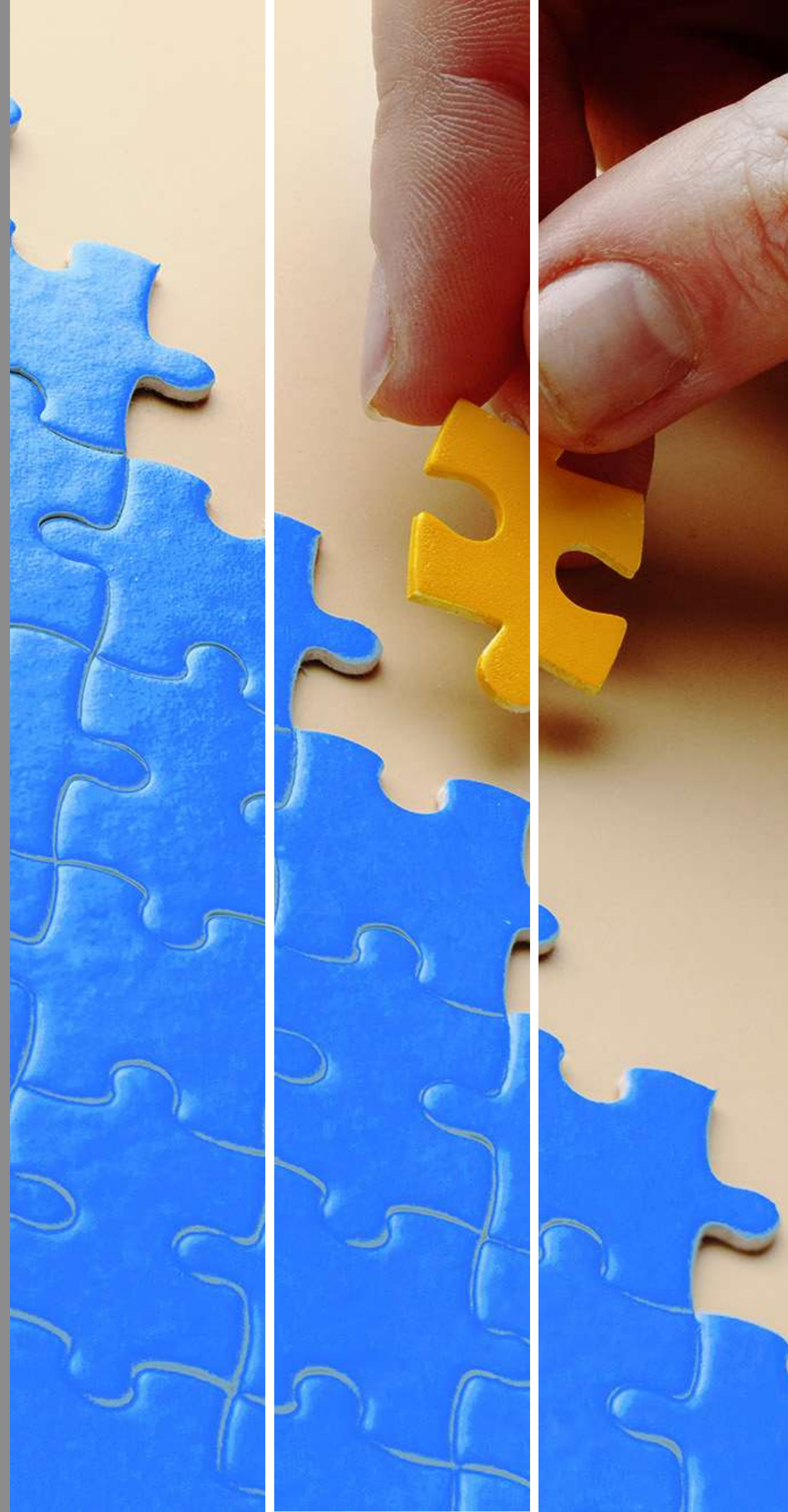
O QUE É O ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE?

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde garante e torna público o direito assistencial dos beneficiários dos Planos de Saúde, válida para os contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 (conhecidos como planos novos), contemplando os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e eventos em saúde, em cumprimento ao disposto na Lei nº 9.656, de 1998.

Em resumo, o Rol é uma lista de todas as tecnologias que compõem a cobertura obrigatória dos Planos de Saúde, entre terapias, medicamentos, exames, cirurgias e outros procedimentos, atendendo às doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O QUE SÃO AS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO?

As Diretrizes de Utilização (DUTs) são uma série de normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com o objetivo de orientar, regulamentar e organizar o uso adequado dos Planos de Saúde por parte dos usuários. Em suma, as diretrizes limitam a cobertura dos planos.



DEVERES DAS OPERADORAS

- 1)** Informar previamente ao consumidor, seja no material publicitário, no contrato ou no livro da rede de serviços, os mecanismos de regulação adotados e todas as condições de cada modalidade.
- 2)** Encaminhar à ANS, quando solicitado, os documentos técnicos demonstrando os mecanismos adotados e os critérios para sua atualização.
- 3)** Quando houver impasse no decorrer do contrato, se solicitado, fornecer ao consumidor laudo detalhado com cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse.
- 4)** Quando houver participação do consumidor nas despesas decorrentes da realização de procedimentos, informar previamente à rede credenciada e/ou referenciada em forma de franquia.
- 5)** As operadoras devem submeter à ANS os mecanismos de regulação e não podem restringir, dificultar ou impedir qualquer tipo de atendimento ou procedimento que constar no contrato.

Capítulo 2



DESCOMPLICANDO A VENDA DE PLANOS DE SAÚDE

O QUE SÃO OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE?

São empresas que operam, administram, comercializam ou disponibilizam, a partir do registro na Agência Nacional de Saúde (ANS), o Plano de Assistência à Saúde. As operadoras que compõem a estrutura do setor de Saúde Suplementar são classificadas de acordo com suas respectivas atuações. São elas: **Autogestão; Cooperativas Médicas; Administradoras de Benefícios; Seguradoras Especializadas em Saúde; Medicina de Grupo; e Entidades.**



ENTENDA A DIFERENÇA ENTRE OS MODELOS

AUTOGESTÃO

Entidades que operam diretamente serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, se responsabilizam pelo plano privado de assistência à saúde, destinado a oferecer exclusivamente cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados. Exemplos: Amil, Assim, Golden Cross, entre outras.

COOPERATIVAS MÉDICAS

Organizações sem fins lucrativos (Lei nº 5.764 de 16/12/1971) que operam planos privados de assistência médico-hospitalar baseadas em princípios corporativistas de preservação e a prática liberal da medicina. Podem comercializar planos para pessoas físicas ou jurídicas, constituir uma rede de serviços própria ou contratar terceiros. Exemplos: Unimed Nacional, entre outras.

ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS

Pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletiva. Exemplos: Affix, Alter Benefícios, CORPe Saúde, Allcare, Qualicorp, entre outras.

SEGURADORAS ESPECIALIZADAS EM SAÚDE

Companhias de seguros autorizadas especificamente a oferecer cobertura em Seguro Saúde, estando proibidas de operar em quaisquer outros ramos de seguro regulamentados pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) ou pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

MEDICINA DE GRUPO

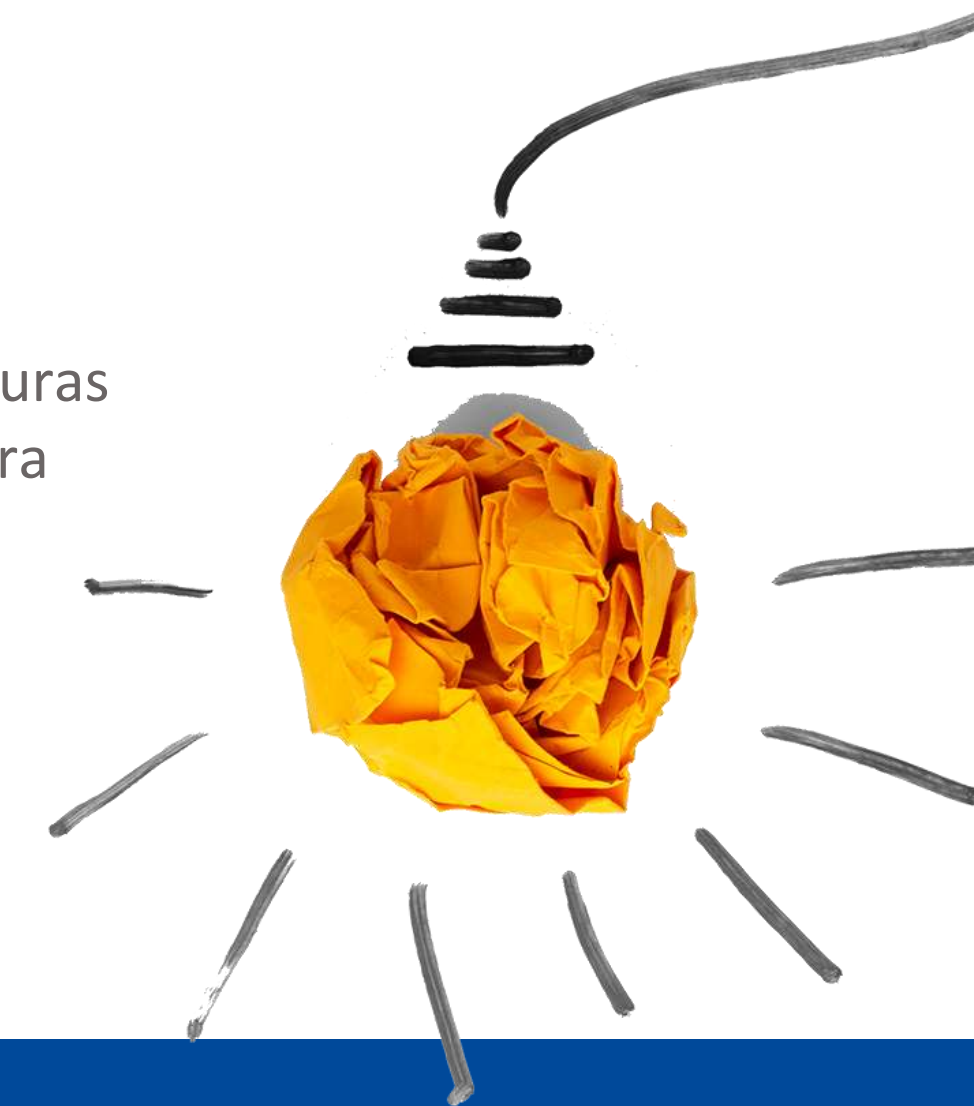
Outras companhias ou entidades que operam planos privados de assistência suplementar e não se enquadram em nenhuma das operadoras anteriores.

ENTIDADES QUE OPERAM PLANOS DE SAÚDE (FILANTROPIA)

Entidades sem fins lucrativos que operam planos suplementares, certificadas como entidades filantrópicas pelo Conselho de Assistência Social e declaradas de utilidade pública pelo Ministério da Justiça ou pelos governos estaduais e municipais. Exemplos: Santas Casas da Misericórdia e hospitais de congregações, associações, fundações ou sociedades beneficentes.

O QUE É PLANO DE SAÚDE?

O Plano de Saúde é um serviço oferecido por operadoras com intuito de prestar assistência médica e hospitalar. Todos os Planos de Saúde são regidos pela Lei 9.656/98, que entrou em vigor em 1999 e determina - principalmente - que as coberturas são iguais para todos os Planos e Seguros comercializados na saúde no Brasil. As pessoas contratam os Planos de Saúde para terem segurança, garantia de atendimento e rapidez, sem depender dos prazos longos ou da infraestrutura do SUS.



TIPOS DE CONTRATAÇÃO

01

PLANO INDIVIDUAL/ FAMILIAR

Principal característica: contratação voltada a pessoas físicas.

Documentação necessária:

RG (Registro Geral); CPF (Cadastro de Pessoa Física); e Comprovante de Residência (conta de consumo em nome do proponente).

02

PLANO COLETIVO POR ADESÃO

Principal característica: contratação voltada a associações profissionais, classistas ou setoriais e a adesão de seus associados (entidade de classe, sindicato, escolas, entre outros).

Documentação necessária:

1) RG; CPF; Comprovante de Residência; e Certidão de Nascimento com CPF (nos casos de menores de idade serem os titulares do plano).

2) Comprovante de vínculo com a Entidade de Classe. Alguns exemplos: Médicos – Documento com o CRM; Advogados - Documento OAB; e Engenheiros - Documento CREA. Diploma para comprovar o bacharelado ou Holerite para comprovar o vínculo como funcionário público.

3) Comprovação do vínculo com a Entidade. Geralmente, esse documento é feito na própria contratação, mediante pagamento de uma taxa ou será cobrado como adicional na mensalidade. Exemplo: Universitários, cadastro na União Nacional dos Estudantes (UNE).

FIQUE DE OLHO: Não confunda os planos por Adesão com os planos Individuais. Mesmo sendo uma contratação feita com os dados individuais da pessoa ou da família, a diferença é que no Adesão o indivíduo será ingressado ao plano em um grupo já formado (advogados, médicos, engenheiros, técnicos, enfermeiros, crianças no ensino fundamental, entre outros).

PLANO EMPRESARIAL

Principal característica: PJ, PME e MEI. Contratação voltada a empresas (por intermédio de um CNPJ) ou empresários individuais (Microempreendedor Individual – MEI) e a adesão de seus funcionários.

Documentação necessária:

- CNPJ (ativo), Contrato Social.
- Entidades: Ata e Estatuto.
- FGTS (vínculo CLT).
- Titulares: RG e CPF.
- Dependentes: RG, CPF, Certidão de Nascimento (ou Certidão de Casamento).
- Dependentes indiretos: RG e CPF.
- MEI: RG, CPF, CCMEI (Certificado da Condição de Microempreendedor Individual) e registro ativo na Receita Federal.

FIQUE DE OLHO: Existem variações no tipo de contratação entre MEI, PME e PJ. Basicamente, o que diferencia uma contratação de outra é a quantidade mínima de vidas exigida pela operadora, e cada operadora tem suas regras. Por exemplo, em média, a contratação por MEI exige no mínimo 2 ou 3 vidas, incluindo o titular e seus dependentes. Já para o PME é de 2 a 99 vidas (mas Bradesco Saúde, por exemplo, é a partir de 199 vidas), e para o PJ é acima de 100 vidas.



TIPOS DE COBERTURA

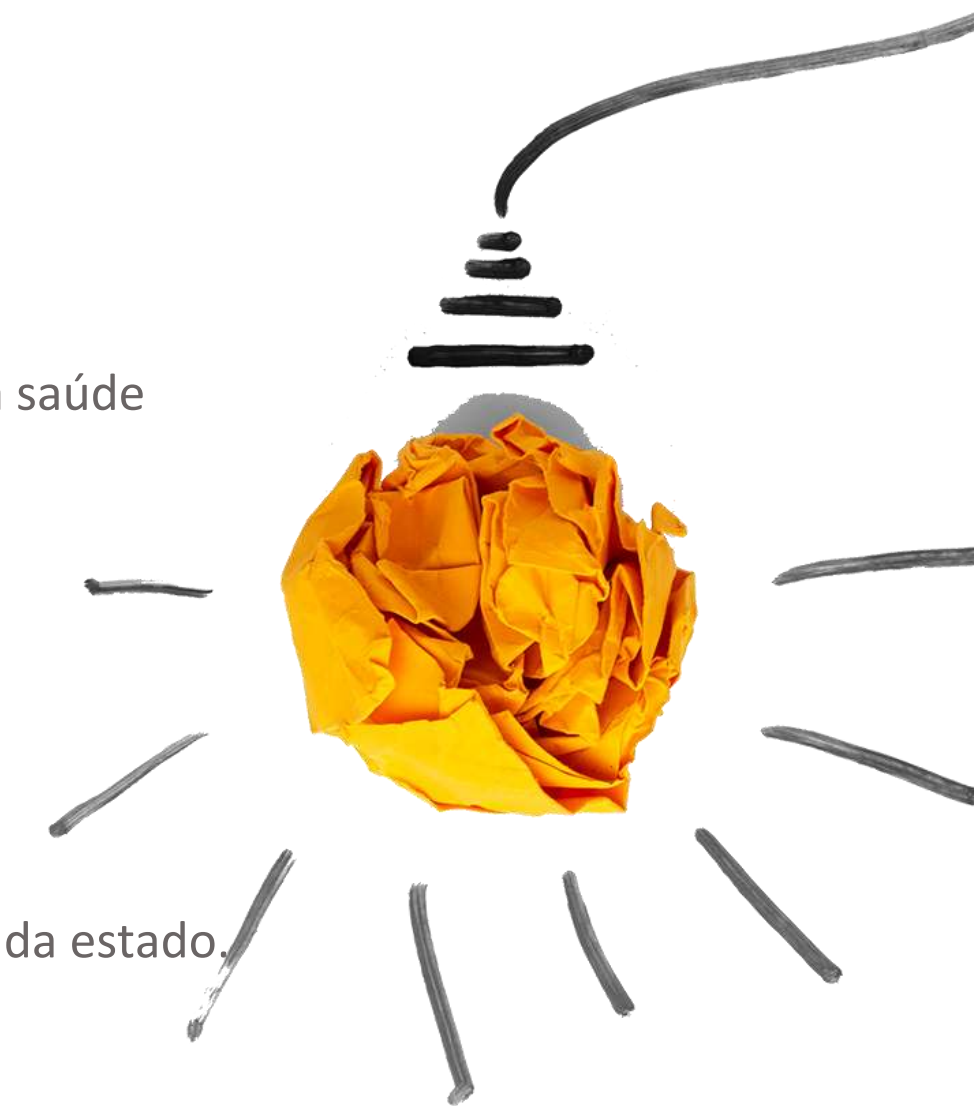
Cobertura é a segmentação assistencial que determina quais atendimentos e serviços a operadora será minimamente obrigada a oferecer. Deste modo, um Plano de Saúde pode ser:

- **Ambulatorial:** só consultas, exames e terapias.
- **Hospitalar sem obstetrícia:** só internação SEM cobertura para parto.
- **Hospitalar com obstetrícia:** só internação COM cobertura para parto.
- **Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia:** consultas, exames, terapias e internação.
- **Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia:** consultas, exames, terapias, internação e parto.
- **Odontológico:** só para consultas e exames odontológicos.
- **Referência:** consultas, exames, terapias, internações, parto e cobertura total após 24 horas da adesão ao plano em acomodação enfermaria.

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

É a área de cobertura assistencial do Plano de Saúde, ou seja, o território em que a operadora precisa garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser **Nacional, Estadual, Grupo de Estados, Municipal ou Grupo de Municípios**.

- **Abrangência Nacional:** a cobertura ocorre em todo o território nacional.
- **Abrangência Estadual:** em todos os municípios do estado.
- **Grupo de Estados:** em todos os municípios dos estados que compõem o grupo, sendo que este deve conter pelo menos dois estados.
- **Municipal:** em um município.
- **Grupo de Municípios:** em mais de um município, de um ou mais estados, desde que não ultrapasse o limite de 50% dos municípios de cada estado.



TIPOS DE ACOMODAÇÃO

Tipo de internação que o beneficiário terá direito ao contratar um Plano de Saúde que cubra os procedimentos hospitalares.

- **Quarto Particular:** acomodação individual, algumas operadoras chamam de “apartamento”. Encarece o preço do plano devido à privacidade na internação e melhores acomodações.
- **Enfermaria:** acomodação compartilhada com mais leitos. É uma alternativa com preço mais atrativo.

OBS: alguns hospitais oferecem apenas leitos em quartos particulares, você pode comercializar um plano enfermarias, mas no hospital específico o beneficiário será atendido no apartamento.

TIPOS DE REDES DE ATENDIMENTO E REEMBOLSO

Locais onde o beneficiário pode utilizar quando precisar de atendimento médico pelo Plano de Saúde.

- **Rede Própria:** hospitais, laboratórios e clínicas da própria operadora. Uma operadora com rede própria costuma estimular ou direcionar seu beneficiário para o atendimento nessas unidades para minimizar o custo de procedimentos.
- **Rede Credenciada:** hospitais, laboratórios e clínicas credenciadas à operadora/seguradora; não têm vínculo de propriedade.
- **Clínicas Particulares (reembolso):** existem médicos que não atendem por convênios, somente particular. Nesses casos, a operadora/seguradora disponibiliza a possibilidade do beneficiário pagar diretamente ao prestador de serviços e solicitar reembolso com a nota fiscal do procedimento realizado, seja uma consulta, exames ou até mesmo cirurgias.

OBS: o valor de reembolso impacta diretamente o preço das mensalidades dos planos. Em alguns casos, o valor é insignificante e gera grande peso nas negociações para fechamento.

TIPOS DE COBRANÇA

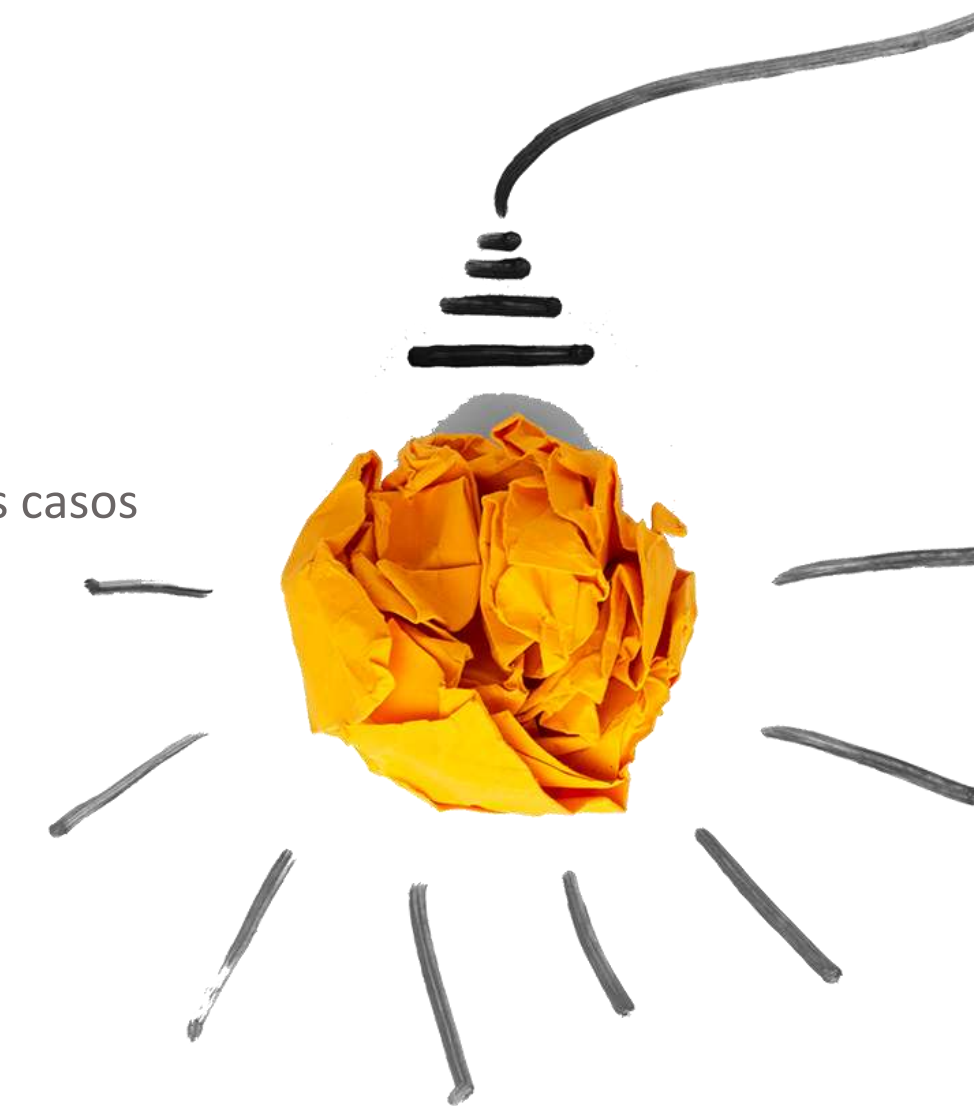
1) Coparticipação e/ou Franquia

Coparticipação: é o pagamento de parte dos procedimentos realizados, além do pagamento da mensalidade do plano de saúde.

Franquia: é estabelecido um valor no contrato até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, seja nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada, referenciada ou cooperada. Exemplo: Mensalidade + Coparticipação

2) Sem Coparticipação

Plano com preço fixo mensal, sem cobranças adicionais por procedimentos realizados. Usando ou não todo mês, o contratante irá pagar uma mensalidade.



COMO FUNCIONA O REAJUSTE DAS MENSALIDADES

O reajuste da mensalidade é baseado na variação dos custos dos procedimentos médico-hospitalares com o objetivo de manter a prestação do serviço contratado.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a entidade responsável pela regulação dos reajustes aplicados pelas Operadoras de Planos de Saúde. Atualmente, existem dois tipos de aumentos: o **Reajuste Anual por Variação de Custos** e o **Reajuste por Variação de Faixa Etária do Beneficiário**.

1) Reajuste Anual por Variação de Custos

- **Reajuste nos Planos Individuais/ Familiares**

O reajuste anual só poderá ser aplicado na data de aniversário do contrato e após autorização da ANS.

- **Reajuste nos Planos Coletivos (com menos de 30 beneficiários)**

As operadoras devem reunir em um único grupo todos os seus contratos coletivos com menos de 30 beneficiários para aplicação do mesmo percentual de reajuste.

Essa medida, chamada de “Agrupamento de Contratos”, tem como objetivo a diluição do risco desses contratos para aplicação do reajuste ao consumidor, conferindo maior equilíbrio no índice calculado em razão do maior número de beneficiários considerados

- **Reajuste nos Planos Coletivos (com 30 ou mais beneficiários)**

As cláusulas de reajuste dos planos coletivos com 30 ou mais beneficiários são estipuladas por livre negociação entre a pessoa jurídica contratante e a operadora ou administradora de benefícios contratada.

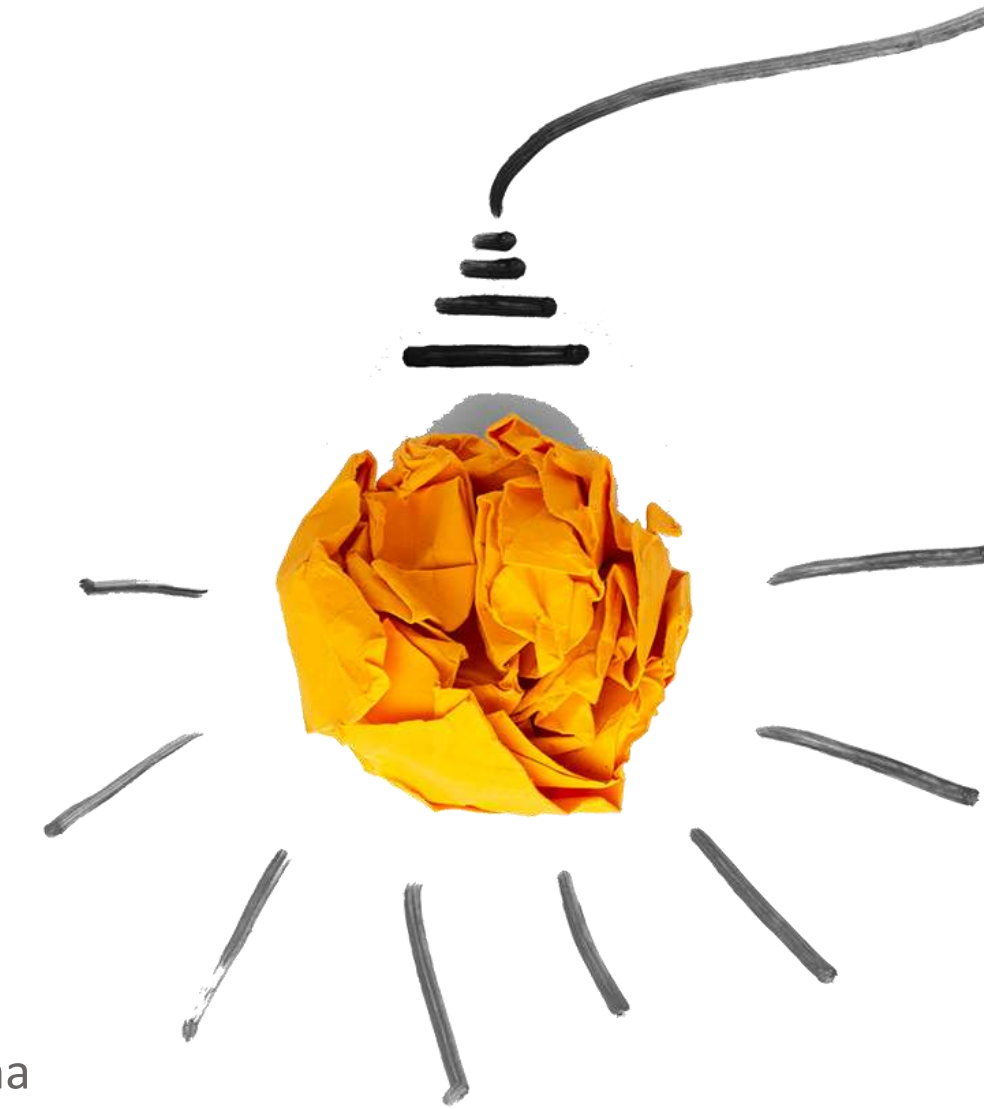
2) Reajuste por Variação de Faixa Etária do Beneficiário

Como estão divididas as faixas etárias:

0 a 18 anos
19 a 23 anos
24 a 28 anos
29 a 33 anos
34 a 38 anos
39 a 43 anos
44 a 48 anos
49 a 53 anos
54 a 58 anos
59 anos ou mais

O contrato do Plano de Saúde deve prever um percentual de aumento para cada mudança de faixa etária. As regras de reajuste por variação de faixa etária são as mesmas para os Planos de Saúde Individuais/ Familiares ou Planos Coletivos.

A Resolução Normativa (RN nº63), publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira (0 a 18 anos). A Resolução determina também que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.



DECLARAÇÃO DE SAÚDE

O QUE É?

No ato da contratação do Plano de Saúde, o beneficiário (ou seu representante legal) deverá preencher um formulário, chamado de Declaração de Saúde, para informar se tem ou não doenças ou lesões preexistentes.

Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/ referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Se o beneficiário toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

CARÊNCIAS

É o tempo que o beneficiário terá que esperar para ser atendido pelo Plano de Saúde em um determinado procedimento. Essa informação deve estar claramente disposta no contrato.

Prazos de carências:

Situação	Tempo a ser aguardado após a contratação do plano de saúde*
Casos de urgência (Acidentes Pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis)	24 horas
Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional	300 dias
Demais situações	180 dias

*Esses são limites de tempo máximos. Isso quer dizer que a Operadora de Planos de Saúde pode exigir um tempo de carência menor que o previsto na legislação.

FIQUE POR DENTRO

Acidentes Pessoais:

Todo fator externo que causa um dano à saúde. Em caso de acidente, **NÃO PODE TER CARÊNCIAS**, se ocorrido após a contratação, de acordo com a Lei 9656. Portanto, o beneficiário tem direito a pronto-socorro, internações clínicas ou cirurgias, UTI, entre outros.

Preexistências:

Toda doença anterior à contratação, atual ou antiga que gerou sequelas, ou um simples diagnóstico que o BENEFICIÁRIO saiba ser portador no momento da contratação = cobertura após 24 meses. Neste tempo, terão **CONSULTAS** e **EXAMES SIMPLES** exclusivamente para essas doenças até mesmo o **PRONTO-SOCORRO**, mas internações, exames e tratamentos especiais só terão cobertura após 24 meses.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – CPT

Para as doenças e lesões preexistentes, aquelas que o consumidor já sabia possuir e que informou no formulário da Declaração de Saúde ao contratar o plano, será aplicada a Cobertura Parcial Temporária até cumprir dois anos de carência.

Isso significa que, durante esse período, o beneficiário poderá ser atendido para tratar dessas doenças, respeitadas as demais carências, exceto em caso de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia - CTI e UTI - e cirurgias decorrentes das doenças preexistentes. Para esses últimos casos, será preciso aguardar os dois anos.

Se o beneficiário quiser ser atendido mesmo nesses casos, sem ter que aguardar o período de carência, pode optar pelo agravo (pagamento de um valor adicional à operadora) ou pagar como particular diretamente ao prestador de serviços.



Capítulo 3



APRIMORANDO SUAS HABILIDADES DE VENDAS

CONCEITOS IMPORTANTES

PLANO INDIVIDUAL/ FAMILIAR

Quando podemos oferecer um Plano de Saúde Individual/Familiar?

Basicamente, em dois casos: 1) É UMA NECESSIDADE essencial para quem não possui plano atual.; e 2) Uma maneira de REDUÇÃO DE CUSTOS para quem não pode ou não quer pagar mensalidades caras do plano atual vigente.

Geralmente, são planos pequenos, regionais, que possuem hospitais e REDE PRÓPRIA. Um hospital próprio de um plano fará mais economia ou será melhor gerenciado do que um hospital credenciado. Existem os credenciados, mas as internações costumam ser direcionadas para a Rede Própria.

3 tópicos importantes que você precisa saber sobre carências

- 1 - Temos inicialmente as CARÊNCIAS CONTRATUAIS, o Conceito de PREEXISTÊNCIA e o prazo de 24 meses para COBERTURAS DE ALTO CUSTO.
- 2 - Se o beneficiário tiver um plano anterior vigente, as operadoras costumam aproveitar as carências já cumpridas, exceto parto, que permanece 10 meses, mesmo tendo plano anterior.
- 3 - A Lei assegura o atendimento, mas não imediato. Exceção: Acidente Pessoal, porque um acidente é um evento involuntário e incerto futuro. A cobertura, nesse caso, é imediata.

Como abordar o cliente

Para fazer uma cotação, pergunte a idade, o local de residência, se o cliente tem preferência por algum credenciamento específico (exemplo: hospital X ou clínica Y), se precisa de cobertura regional ou nacional, além das limitações de valores do interessado (poder aquisitivo), assim você agiliza o atendimento e será mais assertivo. Caso o cliente possua um plano anterior, entender o que motivou a troca e oferecer planos de acordo com as necessidades dele.

CONCEITOS IMPORTANTES

PLANO INDIVIDUAL/ FAMILIAR

Cliente com plano anterior e portabilidade

- Se o cliente tiver plano anterior (para possível redução): solicitar carteirinha do plano e CARTA DE PERMANÊNCIA .
- Comercialmente, existe a REDUÇÃO DE CARÊNCIAS, que já ajuda bastante e é um atrativo de vendas, se o beneficiário tiver um plano anterior. Porém, se tiver uma preexistência e não puder esperar os 24 meses, pode optar pela portabilidade.
- A Lei 9.656, prevendo essa situação, criou a PORTABILIDADE, que não é um procedimento comercial, mas administrativo e deve ser conduzido diretamente entre o beneficiário e ANS. Pelo site www.ans.gov.br , o beneficiário pode verificar quais os planos poderá migrar sem carências e sem preexistências.

PLANO COLETIVO POR ADESÃO

Pontos de atenção:

- As datas de início de vigência são predeterminadas de acordo com a data de cadastro sem pendências das propostas, portanto, não é possível escolher uma data de vigência/vencimento antes de observar as datas possíveis em cada operadora.
- As ADMINISTRADORAS de Planos por Adesão têm as opções de planos das operadoras de saúde disponíveis para a contratação.
- Em algumas profissões, o cadastro inicial em uma Entidade de Classe tem custos mensais altos, como engenheiros e médicos, por exemplo.
- Não confundir a Taxa de Angariação com a primeira mensalidade. São cobranças diferentes.
- IDADE LIMITE DE ACEITAÇÃO: algumas Entidades consideradas abertas (SIMPI, por exemplo) aceitam até 59 anos. Outras Entidades consideradas fechadas (MÚTUA, por exemplo) aceitam até 64 anos.
- Os aumentos anuais não obedecem a data de aniversário da apólice (como nos Planos Individuais/Familiares e Planos PME). Eles ocorrem sempre em determinado mês do ano, independentemente da data da contratação.

CONCEITOS IMPORTANTES

PLANO COLETIVO POR ADESÃO

- Diferentemente de alguns Planos Individuais/Familiares e de todos os Planos PME, nos Planos por Adesão NÃO EXISTE TEMPO DE PERMANÊNCIA MÍNIMA após a vigência. A contratação pode ser cancelada a qualquer momento, desde que a decisão seja comunicada formalmente à Administradora dos Planos.
- Geralmente, os DOWNGRADES ou UPGRADES podem ser feitos imediatamente, mediante solicitação com a Administradora dos Planos.
- Muitas vezes, o interessado não tem um CNPJ, ou o CNPJ está inativo, ou quer melhores hospitais que estão disponíveis nos Planos Individuais. Nesses casos, o Plano por Adesão é uma excelente solução.

PLANO EMPRESARIAL

Pontos de atenção:

- As melhores Operadoras de Saúde - em rede credenciada, cobertura nacional, médicos e laboratórios - estão nas contratações PME.
- Acima de 29 vidas (Lei 9.656) tem isenção de carências. Em alguns casos, as carências podem ser reduzidas ou isentas mesmo para empresas abaixo de 30 vidas.
- Vínculo: Societário, CLT, Prestadores de Serviços.
- Dependentes: diretos (cônjuges e filhos) e indiretos (pai, mãe, padrasto, madrasta, tios (as), sogro (a), irmãos (as), netos (as), cunhados (as), genro, nora e sobrinhos (as)).
- Conceito de “Planos PME Coligadas” é usado para agregar ao número total de vidas e obter isenção de carências, pode ser: por sócio em comum; por vínculo de parentesco; e ou por grupo econômico.

BOAS VENDAS!



Produção, edição e direitos:

