

NOVO PLANO DE SAÚDE BRADESCO SEGUROS APROVEITE E FAÇA SUA INCLUSÃO E DE SEUS DEPENDENTES!

Prezados colaboradores,

Sempre atenta às melhores alternativas de benefícios para seus colaboradores, a Heidelberg do Brasil está alterando o provedor de Plano de Saúde. A partir de 01 de agosto de 2023, nosso Plano de Saúde passa a ser BRADESCO SAÚDE.

Esta alteração mantém o nível de qualidade na prestação de serviço, já que a BRADESCO SAÚDE é um dos líderes no mercado de saúde suplementar, oferecendo uma rede de clínicas, hospitais e laboratórios para o pleno atendimento de nossos colaboradores e suas famílias.

Caso você não tenha o Plano de Saúde, este é o momento de fazer sua inclusão, assim como de seus dependentes.

Caso você já tenha o Plano de Saúde, é possível ainda manter as características de seu plano atual ou aproveitar este momento para optar por um plano que melhor se adapte ao seu momento.

A escolha de plano deve ser feita neste momento de transição e a alteração para plano superior ocorrerá somente em caso de promoção. Não será permitido alterações futuras para planos inferiores ao escolhido neste momento.

Confira na tabela abaixo os planos, acomodação, abrangência e a rede credenciada de cada plano.

TIPO DE PLANO	ABRANGÊNCIA	VALOR PLANO	SUBSÍDIO HBR	VALOR FUNCIONÁRIO POR VIDA	REEMBOLSO CONSULTA	"DE-PARA" SUL AMÉRICA
EQ04 - EFETIVO	NACIONAL	644,72	322,36	322,36	109,76	BÁSICO
IDQ2 - NACIONAL IDEAL	NACIONAL	774,78	322,36	452,42	109,76	NOVO
NQN2 - TOP NACIONAL II	NACIONAL	929,97	322,36	607,61	219,52	ESPECIAL
NQN3 - TOP NACIONAL II	NACIONAL	1.004,37	322,36	682,01	329,27	ESPECIAL II
NP2X - NACIONAL PLUS	NACIONAL	1.733,88	322,36	1.411,52	219,52	NOVO

Contribuição e Política de Benefícios

Esta alteração proporcionou uma redução nos valores de contribuição praticados no plano atual, não apenas no valor atual, como também no novo valor, devido ao reajuste que aconteceria a partir de 01/08/2023.

A política de contribuição permanece a mesma: a Heidelberg do Brasil subsidia 50% do valor correspondente ao plano inicial, neste caso, EE04 - Efetivo Apartamento, para titular e dependentes, a diferença do valor do plano escolhido será custeada pelo colaborador, conforme tabela acima.

Envie junto com esta ficha uma cópia do documento do(s) seu(s) dependente(s) para comprovação do vínculo (certidão de nascimento ou RG para filhos e certidão de casamento ou declaração de união estável para cônjuge).

QUEM PODE ADERIR:

- Titulares: funcionários com vínculo com a empresa.
- Dependentes: cônjuge, companheiro(a) e filhos(as)/enteados(as) até 24 anos.

**ENTREGUE SUA FICHA PREENCHIDA
AO RECURSOS HUMANOS**

FICHA OPÇÃO DO PLANO DE SAÚDE BRADESCO SEGUROS

NOME DA EMPRESA: _____ CNPJ: _____
NÚMERO DA MATRÍCULA: _____ CPF: _____
NOME DO COLABORADOR: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: () M () F
ESTADO CIVIL: _____ DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____
ENDEREÇO COMPLETO: _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____
CEP: _____ NOME COMPLETO DA MÃE: _____
CELULAR (COM DDD): _____ E-MAIL: _____

Eu, portador da cédula de identidade RG nº _____, mediante minha opção pelo Plano de Saúde Bradesco Seguros no plano escolhido: _____, autorizo o desconto do valor correspondente em folha de pagamento. Declaro estar ciente de que este valor será descontado mensalmente, de acordo com a tabela das taxas mencionadas nesta ficha.

DADOS DOS DEPENDENTES

NOME:		
PARENTESCO:	DATA DE NASCIMENTO:	CPF:
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE DO DEPENDENTE:	

NOME:		
PARENTESCO:	DATA DE NASCIMENTO:	CPF:
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE DO DEPENDENTE:	

NOME:		
PARENTESCO:	DATA DE NASCIMENTO:	CPF:
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE DO DEPENDENTE:	

Deseja fazer parte do plano de saúde? () SIM () NÃO

Data: ____/____/____

Assinatura: _____