



ANS nº 368253

ANS nº 359017

ANS - nº 41.742-4



MANUAL DO CORRETOR

PME HAPVIDA NDI
UBERLÂNDIA

CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL HAPVIDA - AFFIX EMPRESAS

Administradora de Benefícios/Contratante: Affix Administradora de Benefícios.

Planos com segmentação: ambulatorial ou ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, com coparticipação total ou parcial + odontológico (opcional).

Todas as coberturas da Lei nº 9.656/98.


TABELA

PRODUTO	NOSSO PLANO A CE MUN CC RN1 21	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF CC RN1 079	NOSSO PLANO AHO CE GM APT CC SF 056	NOSSO PLANO A CE MUN CC RN1 21	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF CC RN1 079	NOSSO PLANO AHO CE GM APT CC SF 056
SEGMENTAÇÃO	Ambulatorial	Amb + Hosp + Obst	Amb + Hosp + Obst	Ambulatorial	Amb + Hosp + Obst	Amb + Hosp + Obst
COPARTICIPAÇÃO	✓ Total	✓ Total	✓ Total	✓ Parcial	✓ Parcial	✓ Parcial
ABRANGÊNCIA	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
ACOMODAÇÃO	Indisponível	Enfermaria	Apartamento	Indisponível	Enfermaria	Apartamento
CÓDIGO ANS	485.918/20-9	493.818/22-6	487.730/20-6	485.918/20-9	493.818/22-6	487.730/20-6
0 a 18 anos	R\$ 123,69	R\$ 153,30	R\$ 206,41	R\$ 179,29	R\$ 217,15	R\$ 284,68
19 a 23 anos	R\$ 142,24	R\$ 171,70	R\$ 231,18	R\$ 206,18	R\$ 243,21	R\$ 318,85
24 a 28 anos	R\$ 163,58	R\$ 192,30	R\$ 258,92	R\$ 237,11	R\$ 272,39	R\$ 357,11
29 a 33 anos	R\$ 188,12	R\$ 221,15	R\$ 297,76	R\$ 272,67	R\$ 313,25	R\$ 410,68
34 a 38 anos	R\$ 216,34	R\$ 254,32	R\$ 342,42	R\$ 313,57	R\$ 360,24	R\$ 472,28
39 a 43 anos	R\$ 248,79	R\$ 302,65	R\$ 407,48	R\$ 360,60	R\$ 428,68	R\$ 562,01
44 a 48 anos	R\$ 303,52	R\$ 378,30	R\$ 509,35	R\$ 439,93	R\$ 535,85	R\$ 702,51
49 a 53 anos	R\$ 394,58	R\$ 472,88	R\$ 636,69	R\$ 571,91	R\$ 669,82	R\$ 878,14
54 a 58 anos	R\$ 512,95	R\$ 803,90	R\$ 1.082,37	R\$ 743,49	R\$ 1.138,70	R\$ 1.492,83
59 anos ou +	R\$ 741,98	R\$ 900,36	R\$ 1.212,25	R\$ 1.075,46	R\$ 1.275,34	R\$ 1.671,97
+ ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP - 471.904/14-2 (OPCIONAL): R\$ 21,95						



TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO TOTAL	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL
Consultas Eletivas	50% Limitado a R\$ 35,69	Isento
Consultas de Urgência	50% Limitado a R\$ 42,81	Isento
Exames Simples	50% Limitado a R\$ 14,28	Isento
Exames Complexos	50% Limitado a R\$ 71,36	Isento
Terapias	50% Limitado a R\$ 64,30	50% Limitado a R\$ 64,30
Internações	Isento	Isento

Obs: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.



VANTAGENS

PARA EMPRESA

- Não necessita pagar integralmente ou parte do plano de saúde, pois o pagamento é feito pelo(a) beneficiário(a) titular.
- Não tem nenhuma responsabilidade (conferência de fatura, desconto em folha, pagamento, etc.), pois a cobrança será feita diretamente ao(à) beneficiário(a) titular.
- Aumento da produtividade, redução do absenteísmo e maior satisfação do funcionário com a empresa.
- Não é necessário formar um grupo mínimo para adesão ao plano, ou seja, podem entrar quantos funcionário(a)s desejarem.

PARA FUNCIONÁRIO (TITULAR)

- Oportunidade de adquirir um plano de saúde com custo significativamente inferior ao de mercado (plano individual).
- Oportunidade de garantir a saúde, melhorar a qualidade de vida, aumentar a produtividade gerando maior chance de empregabilidade.



EMPRESAS QUE PODEM ADERIR

EMPRESAS DE TODOS OS TAMANHOS, DESDE QUE:

- a) Estejam ativas na Receita Federal, independente da data de abertura, exceto MEI, que precisa estar ativo por mais de 6 meses (de acordo com a RN 557. art.9 da ANS) na data de assinatura do Termo de Adesão Affix.
- b) O TERMO DE ADESÃO AFFIX e documentos necessários tenham sido recebidos e aprovados, respeitados os prazos do quadro no verso.
- c) Não tenham contrato ativo no Hapvida.



QUEM PODE ADERIR

Poderão aderir a este produto: sócios, funcionários, administradores de empresa (estatutários), trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes das empresas.



DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

EMPRESA

- Cópia do Contrato Social ou Requerimento Empresarial ou Declaração de Firma Individual (MEI);
- Para inclusões acima de 14 funcionários, enviar GFIP completa;
- Cópia do Cartão CNPJ;
- Cópia do RG e CPF ou CNH do sócio;
- Termo de Adesão Affix.
- Para inclusões acima de 29 beneficiários, enviar GFIP completa assinada pelo sócio, independente da inclusão de todos os funcionários.

TITULAR SÓCIO

- Cópia do RG e CPF ou CNH;
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias) ou declaração de residência.
- Cópia do contrato social ou requerimento de empresário ou declaração de firma individual (MEI).
- Proposta de adesão preenchida e assinada.

ADMINISTRADORES DA EMPRESA (ESTATUTÁRIOS)

- Comprovante de vínculo por procuração ou Contrato Social;
- Cópia do RG e CPF ou CNH;
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias) ou declaração de residência.
- Proposta de adesão preenchida e assinada.

TITULAR FUNCIONÁRIO, ESTAGIÁRIOS, TRABALHADORES TEMPORÁRIOS E MENORES APRENDIZES

- Cópia do último contracheque ou cópia da última Guia do FGTS paga (GFIP) ou cópia da carteira profissional com as páginas da foto e do registro, tendo até 90 dias de contratado;
- Cópia de RG e CPF;
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias) ou declaração de residência.
- Proposta de adesão preenchida e assinada.

DEPENDENTES

Cônjuge

- Cópia de Certidão de Casamento;
- Cópia do RG e CPF.

Companheiro(a)

- Declaração de união estável de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a) e do titular, endereço, tempo de convívio, assinatura de 02 (duas) testemunhas com reconhecimento de firma do titular e do(a) companheiro(a), ou escritura pública de união estável ou outros documentos diversos dos citados anteriormente, indicados pela Hapvida, que permitam a comprovação do convívio em comum de forma pública, duradoura e estável.
- Cópia do RG e CPF.

Filho(a) até 21 anos ou 24 anos e 10 meses, se universitário

- Cópia de Certidão de Nascimento (até 15 anos de idade);
- Cópia do RG e CPF (acima de 16 anos de idade);
- Vínculo universitário (idade entre 22 a 24 anos).

Filho(a) Inválido(a)

- Cópia de Certidão de Nascimento (até 15 anos de idade);
- Cópia do RG e CPF (acima de 16 anos de idade);
- Cópia autenticada do Atestado de Invalidez emitido pelo INSS.

Menor sob Tutela/Guarda

- Cópia de Certidão de Nascimento (até 15 anos de idade);
- Cópia do RG e CPF (acima de 16 anos de idade);
- Cópia autenticada da Tutela/Guarda Judicial definitiva.



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, afim de comprovar as informações prestadas na Proposta.
- Os preços e a rede médica credenciada estão sujeitos a alterações por parte da Operadora.
- Proposta sujeita a análise técnica.
- Este material contém informações resumidas prevalecendo as condições do contrato de adesão.
- Material de uso interno destinado exclusivamente aos consultores.
- Contém linguagem técnica e informações resumidas, sujeitas a alterações por força de Lei e de Normas Regulamentadoras da ANS, bem como regras contratuais estabelecidas com a Operadora.
- A venda será considerada administrativa para ex-beneficiários do contrato Hapvida com retorno anterior há 90 (noventa) dias do cancelamento.
- **Taxa de Angariação:** a Affix não interfere no valor da taxa de angariação acordada entre o corretor e o beneficiário, podendo esta taxa ser livremente negociada, desde que: o valor seja inferior ao valor da mensalidade, bem como que esta taxa não se confunde com a mensalidade e o início de vigência do plano. Oriente adequadamente seu beneficiário.



ÁREA DE ABRANGÊNCIA

MG - Uberaba e Uberlândia .



REAJUSTE

Mês do reajuste anual: JANEIRO 2025.



VIGÊNCIAS

PARA ADESÃO DA EMPRESA

ADESÃO DA EMPRESA	ADESÃO DAS PESSOAS FÍSICAS	VIGÊNCIA DA PESSOA FÍSICA
De 01 a 30 do mês	Dia 1º do mês seguinte	Dia 1º do 2º mês seguinte

PARA ADESÃO DOS SÓCIOS, ADMINISTRADORES, FUNCIONÁRIOS, ESTAGIÁRIOS E MENORES APRENDIZES (DE 01 A 30 DO MÊS SEGUINTE, CONFORME QUADRO ABAIXO)

ADESÃO	VIGÊNCIA	VENCIMENTO
De 01 a 20 do mês	Dia 1º do mês seguinte	05
De 21 a 30 do mês	Dia 1º do 2º mês seguinte	05



CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

CARÊNCIAS PLANO DE SAÚDE

PROCEDIMENTOS NORMAIS	CARÊNCIA CONTRATUAL	1ª INCLUSÃO COM 2 A 29 VIDAS	1ª INCLUSÃO ACIMA DE 30 VIDAS
Urgência / Emergência	24 horas	24 horas	24 horas
Consultas e exames simples (laboratoriais e Raio-X sem contraste)	30 dias	24 horas	Imediato
Exames cardiológicos simples (exceto PAC); exames oftalmológicos (exceto PAC); exames de otorrino simples (exceto PAC); exames de Raio-X contrastados (exceto PAC); exames de ultrassonografia (exceto PAC).	90 dias	90 dias	Imediato
Consultas/Sessões e Terapias Simples, Especiais, Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos - ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia e terapia ocupacional)	180 dias	180 dias	Imediato
Internação hospitalar clínica e cirúrgica, demais procedimentos relacionados a exames, tratamentos e procedimentos ambulatoriais (exceto parto e CPT)	180 dias	180 dias	Imediato
Parto	300 dias	300 dias	Imediato
Internações e tratamentos de doenças e lesões preexistentes.	24 meses	24 meses	24 meses

CARÊNCIAS PLANO ODONTOLÓGICO

COBERTURA	CARÊNCIAS CONTRATUAIS
Atendimentos de urgência/emergência.	24 horas
Diagnóstico, Prevenção em Saúde Bucal e Dentística (Restaurações).	60 dias
Demais procedimentos.	180 dias