Hapvida

ANS - nº 36.825-3

affix

ANS - nº 41.742-4

15%

DESCONTO
NAS 3 PRIMEIRAS
MENSALIDADES*

MANUAL DO CORRETOR

PME HAPVIDA

SALVADOR

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

COPARTICIPAÇÃO		TOTAL			PARCIAL		
PLANO		NOSSO PLANO A CE GM JN 090	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094	NOSSO PLANO A CE GM JN 090	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094
SEGMENTAÇÃO		Ambulatorial	Amb +Hosp +Obst	Amb +Hosp +Obst	Ambulatorial	Amb +Hosp +Obst	Amb +Hosp +Obst
ABRANGÊNCIA		Grupo de Municípios			Grupo de Municípios		
ACOMODAÇÃO		Indisponível	Enfermaria	Apartamento	Indisponível	Enfermaria	Apartamento
CÓDIGO ANS		484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1
FAIXA ETÁRIA	0 a 18	R$ 150,31	R$ 185,72	R$ 277,87	R$ 179,62	R$ 222,95	R$ 333,69
	19 a 23	R$ 168,35	R$ 208,01	R$ 311,22	R$ 201,18	R$ 249,70	R$ 373,73
	24 a 28	R$ 188,56	R$ 232,98	R$ 348,56	R$ 225,32	R$ 279,67	R$ 418,58
	29 a 33	R$ 216,84	R$ 267,93	R$ 400,84	R$ 259,12	R$ 321,63	R$ 481,37
	34 a 38	R$ 249,36	R$ 308,11	R$ 460,96	R$ 297,99	R$ 369,87	R$ 553,57
	39 a 43	R$ 296,74	R$ 366,65	R$ 548,55	R$ 354,61	R$ 440,14	R$ 658,76
	44 a 48	R$ 370,93	R$ 458,32	R$ 685,69	R$ 443,26	R$ 550,18	R$ 823,45
	49 a 53	R$ 463,66	R$ 572,91	R$ 857,12	R$ 554,08	R$ 687,73	R$ 1.029,31
	54 a 58	R$ 788,22	R$ 973,95	R$ 1.457,10	R$ 941,93	R$ 1.169,14	R$ 1.749,84
	+ de 59	R$ 882,80	R$ 1.090,82	R$ 1.631,94	R$ 1.054,96	R$ 1.309,44	R$ 1.959,81

+ ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP - 471.904/14-2 (OPCIONAL): R$ 23,83 (COPARTICIPAÇÃO TOTAL) | R$ 21,95 (COPARTICIPAÇÃO PARCIAL)

affix

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO TOTAL	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL
Consultas Eletivas	Valor fixo R$ 21,20	-
Consultas de Urgência	Valor fixo R$ 37,10	-
Exames Simples	Valor fixo R$ 10,60	-
Exames Complexos	Valor fixo R$ 79,50	-
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R$ 68,90	Valor fixo R$ 68,90
Demais Terapias	Valor fixo R$ 21,20	Valor fixo R$ 21,20

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 temporáros, 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 24 anos incompletos, se universitário
- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório.
- Vinculo universitário (idade entre 22 a 24 anos).

Filho(a) Inválido(a)
- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório.
- Cópia autenticada do Atestado de Invalidez emitido pelo INSS.

Menor sob Tutela/Guarda
- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório.
- 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

BA – Camaçari, Feira de Santana, Lauro de Freitas e Salvador.

REAJUSTE

Mês do reajuste anual: **OUTUBRO 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

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 médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e de Alta Complexidade (PAC – Procedimentos de Alta Complexidade, na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS)), Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG)	30 dias	24 horas	Imediato
Cobertura dos seguintes procedimentos, desde que não sejam de Alta Complexidade (PAC – Procedimentos de Alta Complexidade, na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS): Exames Cardiológicos simples: Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma Convencional; Exames Oftalmológicos simples: Curva tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de retina; Exames Otorrinolaringológicos simples: Audiometrias e Impedanciometrias, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA); Exames de Raio-X Contrastado; Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos); Mamografia Convencional e Densitometria Óssea.	90 dias	90 dias	Imediato
Cobertura dos seguintes procedimentos, desde que não estejam relacionados à(s) patologia(s) para a(s) qual(is) o beneficiário cumpre Cobertura Parcial Temporária - CPT: Cirurgias ambulatoriais; Internação Hospitalar, clinica, cirúrgica ou obstétrica; Internações em leitos de alta complexidade; Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopias, Colonoscopia, Procedimentos de Medicina Nuclear, Angiografias, Procedimentos que necessitam de Hemodinâmica (como Cateterismo Cardiológico), Radioterapia e Quimioterapia; 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); Todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores.	180 dias	180 dias	Imediato
Cobertura de partos a termo.	300 dias	300 dias	Imediato

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

CPT	24 meses

Doença ou lesão preexistente é aquela da qual eu ou meu(s) proponente(s) dependente(s) saibamos ser portador(es) nesta data, seja por diagnostico feito ou conhecido, devendo declará-la na "Declaração de Saúde" que acompanha esta Proposta. Havendo na "Declaração de Saúde" a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por Procedimento 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).

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