Hapvida

ANS - nº 36.825-3

affix

ANS - nº 41.742-4

15%

DESCONTO

NAS 3 PRIMEIRAS MENSALIDADES

MANUAL DO CORRETOR

HAPVIDA ADESÃO

CAMAÇARI

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO HAPVIDA
Administradora de benefícios/contratante: Affix Administradora de Benefícios.
Plano com segmentação: ambulatorial ou ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, com coparticipação total ou parcial, com plano odontológico. Todas as coberturas da lei nº 9.656/98.

TABELA

COPARTICIPAÇÃO		TOTAL			PARCIAL		
PLANO		NOSSO PLANO A CA GM CC QC 233	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 218	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 224	NOSSO PLANO A CA GM CC QC 233	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 218	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 224
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		485.721/20-6	485.701/20-1	485.739/20-9	485.721/20-6	485.701/20-1	485.739/20-9
FAIXA ETÁRIA	0 a 18	R$ 140,64	R$ 227,65	R$ 339,77	R$ 219,52	R$ 277,11	R$ 413,98
	19 a 23	R$ 184,98	R$ 299,41	R$ 447,41	R$ 289,33	R$ 364,69	R$ 545,37
	24 a 28	R$ 210,76	R$ 343,82	R$ 514,02	R$ 329,93	R$ 418,89	R$ 626,67
	29 a 33	R$ 235,02	R$ 384,67	R$ 575,29	R$ 368,14	R$ 468,75	R$ 701,46
	34 a 38	R$ 247,30	R$ 403,73	R$ 603,88	R$ 387,47	R$ 492,02	R$ 736,36
	39 a 43	R$ 277,55	R$ 455,77	R$ 681,95	R$ 435,10	R$ 555,54	R$ 831,65
	44 a 48	R$ 339,23	R$ 555,30	R$ 831,23	R$ 532,23	R$ 677,01	R$ 1.013,86
	49 a 53	R$ 470,21	R$ 765,02	R$ 1.145,81	R$ 738,48	R$ 932,99	R$ 1.397,84
	54 a 58	R$ 633,60	R$ 1.031,59	R$ 1.545,66	R$ 995,77	R$ 1.258,35	R$ 1.885,89
	+ de 59	R$ 822,67	R$ 1.340,05	R$ 2.008,34	R$ 1.293,48	R$ 1.634,84	R$ 2.450,64

PLANO DE SAÚDE - SEGMENTAÇÃO	PLANO ODONTOLÓGICO VINCULADO
AMBULATORIAL, ENFERMARIA E APARTAMENTO	PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA CA - ANS 485.365/20-2

15% DESCONTO
NAS 3 PRIMEIRAS MENSALIDADES

TABELA SEM DESCONTO.
APLICAR CONDIÇÃO SOMENTE ATÉ AS VIGÊNCIAS DE DEZ/26.

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO TOTAL	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL
Consultas Eletivas	Valor fixo R$ 25,42	-
Consultas de Urgência	Valor fixo R$ 43,63	-
Exames Simples	40% limitado a R$ 45,79	-
Exames Complexos	40% limitado a R$ 114,48	-
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R$ 78,87	Valor fixo R$ 78,87
Demais Terapias	Valor fixo R$ 24,27	Valor fixo R$ 24,27

Obs.: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

QUEM PODE ADERIR

FNEL - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES LIVRES
Estudantes, a partir de 5 anos, do ensino infantil, fundamental, ensino médio, graduação e pós-graduação do ensino superior, devidamente comprovado.
- Comprovante de matrícula ou comprovante da mensalidade quitado ou declaração de escolaridade, em papel timbrado com carimbo do CNPJ, e assinado pela instituição (últimos 60 dias) + ficha associativa à FNEL devidamente assinada.
Taxa: R$ 10,00 por mês.

UNIPRO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DOS PROFISSIONAIS LIBERAIS
Profissionais liberais.
- Cópia do diploma (frente e verso) ou cópia do Registro de Inscrição no Conselho de Classe de sua respectiva categoria profissional + declaração de filiação à UNIPRO, devidamente assinada e datada, ou cópia do cartão de associado.
Taxa: R$ 7,00 por mês.

ASCOSERVI - ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL DO COMÉRCIO E INDÚSTRIA
Profissionais do comércio, indústria e serviços.
Taxa: R$ 10,00 por mês.

FADESP - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ADVOGADOS ESTAGIÁRIOS E BACHARÉIS
Todos os advogados, bacharéis e estagiários de Direito.
- Cópia do Diploma (frente e verso) ou Cópia da Carteira da OAB + Ficha associativa devidamente assinada e datada ou Cópia do cartão de associado.
Taxa: R$ 7,00 por mês.

ANSP - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS
Servidores públicos ativos: Municipais, Estaduais e Federais.
- Cópia do contracheque atual + declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado.
Taxa: R$ 10,00 por mês.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

TITULAR

- Declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do Cartão do associado;
- Cópia do RG e CPF;
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias);
- 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.

Filhos (as) naturais, adotivos e enteados solteiros, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias)
- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório.

Filhos(as) inválidos de qualquer idade
- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório.
- Cópia autenticada do Atestado de Invalidez emitido pelo INSS.

Tutelados(as), curatelados(as) e o menor sob guarda até 21 (vinte e um) anos de idade incompletos (20 anos, 11 meses e 29 dias) de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e Adolescente - ECA
- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório.
- Cópia autenticada da Tutela/Guarda Judicial definitiva.

Pai e Mãe
- Cópia da Certidão de Casamento ou RG ou CNH.
- Cópia do CPF.

Avô e Avó
- Cópia da Certidão de Casamento ou RG ou CNH.
- Cópia do CPF.
- Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento do titular ou do cônjuge do titular.

Irmão(ã)
- Cópia da Certidão de nascimento ou RG ou CNH.
- Cópia do CPF.

Tio(a)
- Cópia do RG ou CNH.
- Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento.
- Cópia do CPF.
- Certidão de Casamento dos pais do titular ou dos pais do cônjuge do titular.

Sobrinho(a)
- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG ou CNH.
- Cópia do CPF.
- Cópia do RG ou CNH do pai/mãe.

Neto(a)
- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG ou CNH.
- Cópia do CPF.
- Cópia do RG ou CNH do pai/mãe.

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 as regras contratuais estabelecidas com a Operadora.
- Mês do reajuste anual: **FEVEREIRO 2027.**
- Cópias dos documentos anexados à proposta de adesão deverão estar legíveis.
- O dia de vencimento do valor mensal do benefício (inclusive do primeiro mês) corresponde ao dia do início da vigência do benefício, tal como estabelecido na Proposta do beneficiário titular ao contrato coletivo.
- A venda será considerada administrativa para ex-beneficiários do contrato Hapvida com retorno até 90 (noventa) dias do cancelamento.
- A rede credenciada pode ser alterada a qualquer momento, seguindo as diretrizes normativas da ANS. Para consultar a rede completa e atualizada, acesse o site: www.hapvida.com.br. A rede é disponibilizada de acordo com o plano contratado.
- Em caso de titulares menores, os responsáveis pela assinatura da proposta devem ser: pai, mãe, responsável legal ou terceiros. Documentação necessária: RG; CPF e Carta ou Termo assinado assumindo a responsabilidade financeira.
- **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 COMERCIALIZAÇÃO

BA: Camaçari.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

485.721/20-6 NOSSO PLANO A CA GM CC QC 233 – BA: Camaçari, Feira de Santana, Lauro de Freitas e Salvador.
485.701/20-1 NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 218 – BA: Camaçari, Feira de Santana, Lauro de Freitas e Salvador.
485.739/20-9 NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 224 – BA: Camaçari, Feira de Santana, Lauro de Freitas e Salvador.

VIGÊNCIA

VIGÊNCIA	VENCIMENTO
Dia 01	Todo dia 01 de cada mês
Dia 10	Todo dia 10 de cada mês
Dia 20	Todo dia 20 de cada mês

CARÊNCIAS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

CARÊNCIAS PLANO DE SAÚDE

COBERTURA	CARÊNCIAS CONTRATUAIS	CARÊNCIAS PROMOCIONAIS
Atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente a partir da vigência do Contrato, sendo que as demais condições de atendimento para urgência/emergência estão detalhadas na cláusula 5.1, em conformidade com a CONSU Nº 13/98.	24 horas	24 horas
Cobertura de 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	Isento
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 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
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; Todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores.	180 dias	180 dias
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
Cobertura de parto a termo.	300 dias	300 dias

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA:

CPT - 24 MESES

Havendo a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) por parte do proponente titular e/ou de seu(s) dependente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do benefício 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 declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal. A Cobertura Parcial Temporária (CPT) não se confunde com carência contratual.

CARÊNCIAS PLANO ODONTOLÓGICO

COBERTURA	PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA CA
Atendimentos de urgência/emergência.	24 horas
Diagnóstico, Prevenção em Saúde Bucal e Dentística (Restaurações).	Procedimento não contemplado
Demais procedimentos.	Procedimento não contemplado