

MANUAL DO CORRETOR

PME HAPVIDA NDI
SALVADOR



ANS - nº 42.025-5



ANS nº 368253



ANS nº 359017

PLANO DE SAÚDE HAPVIDA PME

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

Administradora de benefícios/contratante

Alter Administradora de Benefícios Ltda.

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 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 |
| COPARTICIPAÇÃO | Total | Total | Total | Parcial | Parcial | Parcial |
| 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 |
| 0 A 18 ANOS | R\$ 156,15 | R\$ 212,63 | R\$ 318,13 | R\$ 198,35 | R\$ 265,69 | R\$ 397,85 |
| 19 A 23 ANOS | R\$ 174,90 | R\$ 238,15 | R\$ 356,31 | R\$ 222,15 | R\$ 297,57 | R\$ 445,59 |
| 24 A 28 ANOS | R\$ 195,89 | R\$ 266,73 | R\$ 399,07 | R\$ 248,81 | R\$ 333,28 | R\$ 499,05 |
| 29 A 33 ANOS | R\$ 225,27 | R\$ 306,75 | R\$ 458,93 | R\$ 286,13 | R\$ 383,27 | R\$ 573,91 |
| 34 A 38 ANOS | R\$ 259,06 | R\$ 352,76 | R\$ 527,77 | R\$ 329,05 | R\$ 440,76 | R\$ 660,00 |
| 39 A 43 ANOS | R\$ 308,28 | R\$ 419,79 | R\$ 628,04 | R\$ 391,57 | R\$ 524,51 | R\$ 785,40 |
| 44 A 48 ANOS | R\$ 385,36 | R\$ 524,73 | R\$ 785,05 | R\$ 489,46 | R\$ 655,63 | R\$ 981,75 |
| 49 A 53 ANOS | R\$ 481,70 | R\$ 655,92 | R\$ 981,31 | R\$ 611,82 | R\$ 819,54 | R\$ 1.227,19 |
| 54 A 58 ANOS | R\$ 818,89 | R\$ 1.115,06 | R\$ 1.668,23 | R\$ 1.040,10 | R\$ 1.393,21 | R\$ 2.086,22 |
| 59 ANOS OU + | R\$ 917,16 | R\$ 1.248,87 | R\$ 1.868,41 | R\$ 1.164,91 | R\$ 1.560,39 | R\$ 2.336,58 |

+ ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP - 471.904/14-2 (OPCIONAL): R\$ 21,95

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

| PROCEDIMENTOS | COPARTICIPAÇÃO TOTAL | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Consultas Eletivas | 20% Limitado a R\$ 17,31 | Isento |
| Consultas de Urgência | 20% Limitado a R\$ 28,85 | Isento |
| Exames Simples | 20% Limitado a R\$ 17,31 | Isento |
| Exames Complexos | 20% Limitado a R\$ 68,18 | 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 o 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 direta 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 Alter.
- b) O TERMO DE ADESÃO ALTER 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

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

REAJUSTE

Mês do reajuste anual: FEVEREIRO 2025.

CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

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 |

PLANO ODONTOLÓGICO

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