

# MANUAL DE VENDAS

## PREFEITURA DE SIMÕES FILHO

---



ANS - nº 36.825-3

ANS - nº 41.422-4



## PLANO DE SAÚDE HAPVIDA

### CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL HAPVIDA - SETOR PÚBLICO

Administradora de Benefícios/Contratante: Affix Administradora de Benefícios.

- Planos com segmentação: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.
- Todas as coberturas da Lei nº 9.656/98.

## TABELA

| PLANO                                   |              | NOSSO PLANO  |              | MIX          |              |
|-----------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| ACOMODAÇÃO                              |              | ENFERMARIA   | APARTAMENTO  | ENFERMARIA   | APARTAMENTO  |
| FAIXA ETÁRIA                            | 0 a 18 anos  | R\$ 385,45   | R\$ 539,64   | R\$ 501,10   | R\$ 701,56   |
|                                         | 19 a 43 anos | R\$ 578,16   | R\$ 809,42   | R\$ 751,61   | R\$ 1.052,22 |
|                                         | 44 a 58 anos | R\$ 953,94   | R\$ 1.335,54 | R\$ 1.240,17 | R\$ 1.736,22 |
|                                         | + de 59 anos | R\$ 2.289,54 | R\$ 3.205,36 | R\$ 2.976,41 | R\$ 4.166,98 |
| AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA |              |              |              |              |              |
| ODONTO ADESÃO (OPCIONAL): R\$ 28,73     |              |              |              |              |              |

## QUEM PODE ADERIR

Servidores Públicos ativos da Prefeitura de Simões Filho.

## DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

### TITULAR

- Cópia do RG e CPF ou CNH;
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias);
- Cópia do último contracheque ou nomeação publicada em Diário Oficial;
- Proposta de adesão preenchida e assinada.

### DEPENDENTES

#### Cônjuge

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

#### Companheiro(a)

- Cópia do RG e CPF ou CNH;
- 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.

#### 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) de qualquer idade

- Cópia do RG e CPF (acima de 16 anos de idade);
- Cópia de Certidão de Nascimento (até 15 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.

## ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

Simões Filho e região.

## 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 o beneficiário que tiver seu plano alterado/cancelado em um prazo de até 90 (noventa) dias, contados da data da mudança.

- **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.

## REAJUSTE

Mês do reajuste anual: outubro.

## VIGÊNCIA

| ADESÃO            |                           | 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)

| PROCEDIMENTOS                         | CARÊNCIAS |
|---------------------------------------|-----------|
| Acidente Pessoal / Emergência         | 24 horas  |
| Consulta Médica                       | 24 horas  |
| Exames Laboratoriais e Raio X Simples | 24 horas  |
| Ecocardiograma                        | 24 horas  |
| Ultrassonografia                      | 24 horas  |
| Endoscopia Digestiva                  | 180 dias  |
| Densitometria Óssea                   | 180 dias  |
| Internação                            | 180 dias  |
| Pequenos Procedimentos Ambulatoriais  | 180 dias  |
| Quimioterapia                         | 180 dias  |
| Tomografia Computadorizada            | 180 dias  |
| Parto                                 | 300 dias  |
| Doenças Preexistentes                 | 24 meses  |
| Odontologia (Quando contratado)       | 60 dias   |