



TERMO DE FIDELIDADE

Av. Heráclito Graça, 406 - Centro - Fortaleza/CE
CEP: 60140-060 - CNPJ: 63554067/0001-98

Nº DA PROPOSTA

Nº DO CONTRATO

ANS - nº36.825-3

1ª Via - Hapvida Página - 01/02

Pelo presente instrumento, correspondente a proposta e ao contrato acima referidos, firmamos com a operadora **HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA**, inscrita no NPJ sob o n. 63.554.067/0001-98, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, com nº 36.825-3, as partes estabelecem o seguinte:

1. Os titulares ou responsáveis dos planos de saúde, que mantiverem sua condição de adimplência ao longo da vigência do contrato em referência, terão direito a um bônus pela sua fidelidade, que se estenderá para o seu plano e de eventuais dependentes inscritos.

2. A operadora **HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA**, concederá um bônus pela fidelidade do usuário, titular e/ou dependente, de forma proporcional ao seu tempo de plano, garantindo uma redução no valor da franquia a ser paga, de acordo com a tabela abaixo:

TEMPO DE PLANO	BÔNUS
A partir de 7 (sete) meses	20% de redução no valor total da franquia
A partir de 13 (treze) meses	50% de redução no valor total da franquia
A partir de 25 (vinte e cinco) meses	90% de redução no valor total da franquia

3. O beneficiário, abaixo assinado, declara que foi devidamente esclarecido sobre as condições do presente instrumento, manifestando assim sua ciência e concordância.

_____, ____/____/____
Local Data

Hapvida Assistência Médica Ltda.

Proponente titular ou responsável (quando menor)



TERMO DE FIDELIDADE

Av. Heráclito Graça, 406 - Centro - Fortaleza/CE
CEP: 60140-060 - CNPJ: 63554067/0001-98

Nº DA PROPOSTA

Nº DO CONTRATO

ANS - nº36.825-3

2ª Via - Cliente Página - 02/02

Pelo presente instrumento, correspondente a proposta e ao contrato acima referidos, firmamos com a operadora **HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA**, inscrita no NPJ sob o n. 63.554.067/0001-98, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, com nº 36.825-3, as partes estabelecem o seguinte:

1. Os titulares ou responsáveis dos planos de saúde, que mantiverem sua condição de adimplência ao longo da vigência do contrato em referência, terão direito a um bônus pela sua fidelidade, que se estenderá para o seu plano e de eventuais dependentes inscritos.

2. A operadora **HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA**, concederá um bônus pela fidelidade do usuário, titular e/ou dependente, de forma proporcional ao seu tempo de plano, garantindo uma redução no valor da franquia a ser paga, de acordo com a tabela abaixo:

TEMPO DE PLANO	BÔNUS
A partir de 7 (sete) meses	20% de redução no valor total da franquia
A partir de 13 (treze) meses	50% de redução no valor total da franquia
A partir de 25 (vinte e cinco) meses	90% de redução no valor total da franquia

3. O beneficiário, abaixo assinado, declara que foi devidamente esclarecido sobre as condições do presente instrumento, manifestando assim sua ciência e concordância.

_____, ____/____/____
Local Data

Hapvida Assistência Médica Ltda.

Proponente titular ou responsável (quando menor)