

SulAmérica Saúde PME

SulAmérica Saúde PME Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia Condições Gerais

ANS - Nº 000043

0057.8013.0797

Índice

Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde PME

Modalidade Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

• Condições Gerais	1
1 – Objeto do Seguro	1
2 – Definições	1
3 – Coberturas e Procedimentos Garantidos	5
4 – Exclusões de Cobertura	11
5 – Carência	13
6 – Reembolso	14
7 – Rede Referenciada	17
8 – Coparticipação	18
9 – Validação Prévia de Procedimentos - VPP	18
10 – Contratação do Seguro	18
11 – Inclusão de Segurados	19
12 – Planos de Seguro	20
13 – Prêmios	21
14 – Reajustes do Prêmio do Seguro	22
15 – Variação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária	23
16 – Exclusão do Segurado	24
17 – Extensão de Cobertura Assistencial	24
18 – Vigência e Condições de Renovação Automática	26
19 – Cancelamento do Seguro	26
20 – Divergências Médicas	27
21 – Sigilo Médico	27
22 – Foro	27

Sul América Seguro Saúde S.A.
Registro na ANS nº 000043

Contrato Nº
547 - 2

Condições Gerais do Seguro Saúde PME Modalidade Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

1. Objeto do Seguro

Serão reembolsados ao Segurado ou efetuados os pagamentos, por conta e ordem deste, diretamente à rede referenciada, as despesas efetuadas com os serviços médico-hospitalares relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão - CID 10, da Organização Mundial de Saúde (OMS), para a segmentação **Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**.

1.1 Natureza do Contrato

O Seguro Saúde SulAmérica trata-se de um Contrato de Seguro regido pelo art. 757 e seguintes do Código Civil Brasileiro e pela Lei n.º 9.656, de 1998. É contrato de adesão, conforme dispõe o art. 54, *caput*, do Código Brasileiro de Defesa do Consumidor, por ter suas cláusulas aprovadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

1.2 Área Geográfica de Abrangência

A abrangência geográfica será de acordo com a opção realizada pelo Estipulante no momento da contratação, a qual está definida com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação, conforme descrito na **Cláusula Planos de Seguro**.

1.3 Tipo de Contratação

O Seguro Saúde SulAmérica tem, como tipo de contratação de que trata a Resolução Normativa n.º 195/2009 e a Resolução Normativa 200/2009, a modalidade **Coletivo Empresarial**.

1.4 Tipo de Segmentação Assistencial

Garantia, ao Segurado da cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS na segmentação **Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**.

2. Definições

2.1 Abrangência Geográfica

Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado.

2.2 Acidente Pessoal

Evento com data e ocorrência caracterizadas, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do Segurado.

2.3 Apólice de Seguro

Documento emitido pela Seguradora ao Estipulante para formalizar a contratação do seguro.

2.4 Assistência Domiciliar / Home Care

Assistência ao Segurado, realizada por profissionais da área de saúde, em ambiente doméstico, não hospitalar.

2.5 Atendimento Ambulatorial

Regime de atendimento médico caracterizado por não exigir complexidade da assistência hospitalar.

2.6 Carência

Período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento do prêmio mensal pelo Estipulante, o Segurado não tem direito a determinadas coberturas.

2.7 Cartão Proposta

Documento que formaliza a intenção de ingresso do proponente ao seguro contratado, que deverá ser preenchido e assinado pelo proponente titular e pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da empresa.

2.8 Cartão SulAmérica Saúde

Cartão individual e personalizado, que servirá para identificar o Segurado junto à Seguradora e Rede Referenciada.

2.9 Categoria Funcional

Conjunto de pessoas que façam parte de um mesmo cargo funcional na empresa.

2.10 Cobertura Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia

Garantia ao Segurado da cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, **na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.**

2.11 Cobertura Parcial Temporária

Suspensão da cobertura dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade relacionados no índice que compõe o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, para as doenças e lesões preexistentes informadas no cartão proposta/declaração de saúde.

2.12 Coparticipação

É a parte efetivamente paga pelo Segurado destinada a custear parte da realização de um determinado procedimento.

2.13 Corretor de Seguros

Profissional autônomo ou pessoa jurídica, habilitado pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, para intermediar e promover contratos de seguros. A escolha do corretor é da inteira e exclusiva responsabilidade do Estipulante, conforme previsto na Lei nº 4.594/64, Decreto-lei nº 73/66 e Decreto nº 60.459/67.

2.14 Dependentes Seguráveis

Exclusivamente o cônjuge ou companheiro(a), os filhos solteiros ou adotivos e netos cujo parto tenha sido pago por esta Seguradora, do Segurado Titular. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial.

2.15 Doenças e Lesões Preexistentes

Aquelas, inclusive as congênitas, que o Proponente ou seu responsável legal saiba ser portador ou sofredor na época de adesão ao seguro.

2.16 Emergência

Evento que implique em risco imediato de morte ou lesão irreparável para o Segurado.

2.17 Entrevista Qualificada

É a entrevista realizada por profissional médico, disponibilizado pela Seguradora ou escolhido pelo proponente, para auxiliar no preenchimento do cartão proposta/declaração de saúde.

2.18 Estipulante

Pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o seguro com a Seguradora, responsável pelo pagamento dos prêmios mensais, investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora.

2.19 Grupo Segurado

Conjunto de pessoas efetivamente incluído no seguro.

2.20 Grupo Segurável

Conjunto de pessoas devidamente caracterizado pelo vínculo concreto empregatício mantido com o Estipulante. O vínculo mantido com o Estipulante poderá abranger os sócios, administradores/diretores, estagiários, aprendizes e seus respectivos dependentes seguráveis, passível de aderir ao seguro.

2.21 Hospital-Dia

Regime de internação caracterizado pela permanência do Segurado em unidade hospitalar, por período não superior a 12 (doze) horas diárias, para realização de procedimentos cobertos pelo seguro.

2.22 Internação Hospitalar

Período de permanência hospitalar em regime de internação do Segurado para tratamento clínico ou cirúrgico:

a) Internação Clínica: motivada por uma causa não cirúrgica.

b) Internação Cirúrgica: motivada por cirurgia ou que no decurso da internação clínica tenha sido necessária à realização de procedimento cirúrgico.

2.23 Leitos de Alta Tecnologia

Destinados ao tratamento intensivo e especializado em unidades ou centros de terapia intensiva, semi-intensiva, coronariana, pediátrica ou neonatal, unidades de isolamento, terapias de pacientes queimados e terapia respiratória.

2.24 Médico Assistente

Profissional médico, pertencente ou não à Rede Referenciada, que atende (assiste) ao Segurado e é responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica a ser aplicada.

2.25 Plano de Seguro

Conjunto composto pela abrangência geográfica, padrão de acomodação hospitalar, múltiplos de reembolso, rede referenciada e prêmio mensal.

2.26 Prêmio

É a importância paga mensal e antecipadamente pelo Estipulante à Seguradora, em moeda corrente nacional, para garantia ao Grupo Segurado do direito às coberturas contratualmente estabelecidas.

2.27 Procedimentos de Alta Complexidade

Aqueles relacionados no índice de procedimentos de alta complexidade que compõe o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente na data de realização do evento.

2.28 Proponente

Pessoa física, devidamente caracterizada pelo vínculo concreto empregatício, bem como o sócio, o administrador/diretor, o estagiário e o aprendiz, que propõe o seu ingresso e o de seus dependentes no seguro. Quando o Proponente for menor de idade, assim legalmente reconhecido, deverá ser representado por responsável legal.

2.29 Proposta de Seguro

Parte integrante das Condições Gerais do Seguro Saúde Coletivo Empresarial, é o documento preenchido com informações que qualificam o Estipulante e através do qual expressa a sua intenção de contratação do seguro.

2.30 Rede Referenciada

Conjunto de profissionais e instituições, opcionalmente colocado à disposição do Segurado para prestar atendimento médico-hospitalar.

2.31 Reembolso

Ressarcimento ao Segurado Titular das despesas médico-hospitalares cobertas pelo seguro, efetuadas e comprovadamente pagas por ele ou por seus Dependentes Segurados, com profissionais ou instituições que não façam parte da Rede Referenciada. O ressarcimento será de acordo com a Tabela SulAmérica Saúde e plano contratado.

2.32 Segurado

Pessoa física a favor da qual o Estipulante contrata com a Seguradora o Seguro Saúde Coletivo Empresarial, sendo:

a) Segurado Titular

Pessoa com vínculo concreto empregatício, bem como o sócio, o administrador/diretor, o estagiário e o aprendiz, devidamente incluída no seguro, responsável pelas informações prestadas no Cartão Proposta/Declaração de Saúde.

b) Segurado Dependente

Dependente Segurável efetivamente incluído no seguro.

2.33 Seguradora

Sul América Seguro Saúde S.A., pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Seguros de Assistência à Saúde, registrada sob o n.º 000043 na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, classificada como Seguradora Especializada em Seguro Saúde, inscrita no CNPJ n.º 86.878.469/0001-43, situada à Rua Beatriz Larragoiti Lucas, 121 - Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20.211-903.

2.34 Sinistralidade

Resultado da divisão do valor total dos sinistros pelo total de prêmios cobrados durante o período de apuração.

2.35 Sinistro

Toda despesa médico e/ou hospitalar efetuada pelo Segurado e coberta pelo seguro.

2.36 Tabela SulAmérica Saúde

Relação de procedimentos médico-hospitalares que servirá como base para o reembolso das despesas comprovadamente pagas e realizadas com o tratamento dos Segurados. Esta relação poderá ser atualizada com inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. A Tabela SulAmérica Saúde está disponível por esta Seguradora na Segmentação Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia.

2.37 Urgência

Evento resultante de acidente pessoal ou complicações no processo gestacional que exija avaliação ou atendimento médico imediato.

2.38 Validação Prévia de Procedimentos - VPP

Registro formal na Seguradora do pedido médico para a realização de determinados procedimentos médico-hospitalares.

3. Coberturas e Procedimentos Garantidos

Estão cobertos todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vigor na data da realização do evento para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

3.1 Emergências e/ou Urgências

Atendimentos de emergência comprovadas e justificadas através de relatório do médico assistente e de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

3.2 Emergência e/ou Urgência durante o período de Carência ou Cobertura Parcial Temporária

A partir do início de vigência do segurado e respeitadas as carências estabelecidas nestas Condições Gerais, a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência será aquela estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a segmentação Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia.

3.2.1 Nos casos de emergência e urgência, durante o cumprimento dos períodos de carência descritos nestas condições gerais, o Segurado terá cobertura ambulatorial assegurada até 12 (doze) horas de atendimento, inclusive para eventuais doenças e lesões preexistentes.

3.2.2 A partir da constatação da necessidade de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que dentro do período de 12 (doze) horas e na mesma unidade de atendimento, a cobertura cessará, passando a responsabilidade financeira a ser do Segurado, não cabendo nenhum ônus a Seguradora.

3.2.3 Quando houver acordo para cumprimento da Cobertura Parcial Temporária, caso seja necessária a utilização de leitos de alta tecnologia, realização de cirurgias ou procedimentos de alta complexidade, ainda que na mesma unidade prestadora de serviço e em tempo menor que 12 (doze) horas a cobertura cessará, passando a responsabilidade financeira a ser do Segurado, não cabendo nenhum ônus a Seguradora.

3.2.4 Nos casos de atendimento de urgência exclusivamente decorrente de acidente pessoal, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato, é garantida a cobertura sem restrições.

3.3 Consultas Médicas

Consultas Médicas em número ilimitado, efetuadas por profissionais legalmente habilitados no Conselho Regional de Medicina - CRM, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM e realizadas em consultórios ou clínicas especializadas.

3.4 Serviço de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, em conformidade com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente na época de realização do evento.

3.5 Tratamento dos Transtornos Psiquiátricos

a) Atendimento às emergências, assim consideradas as que impliquem ao Segurado ou terceiros, risco de vida, de danos físicos, inclusive as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão, danos morais ou patrimoniais;

- b) **Psicoterapia de crise**, entendida como o atendimento intensivo realizado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e limitado a 12 (doze) sessões, não cumulativas, por ano de vigência do seguro, por Segurado;
- c) **Atendimento clínico**, entendido como aquele realizado sob orientação do médico assistente, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

3.6 Internações Hospitalares

Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

As Internações Hospitalares poderão ocorrer em razão de:

3.6.1 Procedimentos clínicos, cirúrgicos e obstétricos, incluindo cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer e demais cirurgias plásticas reparadoras de órgãos ou funções nos termos do artigo da Lei nº 9.656/98, pelo período determinado pelo médico assistente.

3.6.2 Cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.

3.6.3 Tratamento por dependência química em hospital geral, pelo período de até 15 (quinze) dias de internação, não cumulativos, por ano de vigência do seguro, por Segurado.

3.6.4 Tratamento dos transtornos psiquiátricos em situações de crise:

a) Até 30 (trinta) dias, não cumulativos, por ano de vigência do seguro, por Segurado, em unidade de terapia ou enfermaria psiquiátrica de hospital psiquiátrico ou geral;

b) Até 8 (oito) semanas, não cumulativas, por ano de vigência do seguro, por Segurado, em regime de Hospital-Dia;

c) Até 180 (cento e oitenta) dias, não cumulativos, por ano de vigência do seguro, por Segurado, em regime de Hospital-Dia, para tratamento dos seguintes diagnósticos:

CID 10 da OMS	Diagnóstico
F00 a F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive sintomáticos.
F20 a F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes.
F70 a F79	Retardo mental.
F90 a F98	Transtornos do comportamento e emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência.

3.6.5 Coparticipação

A partir do 1º (primeiro) dia subsequente aos prazos definidos para o tratamento de dependência química e transtornos psiquiátricos em situações de crise, a coparticipação corresponderá a 50% (cinquenta por cento) ou o percentual máximo permitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, das despesas cobertas.

3.6.6 Diárias e Taxas Hospitalares

Diárias e taxas hospitalares, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, de acordo com o serviço realizado. Inclusive as diárias em unidade de terapia intensiva bem como exames indispensáveis para o controle e evolução da doença e elucidação diagnóstica realizados durante a internação.

3.6.7 Despesas de Acompanhante

Desde que fornecidas pelo hospital e respeitado o estabelecido nas exclusões deste seguro, está garantido o pagamento das despesas relacionadas especificamente com a acomodação (leito e roupa) e alimentação básica (café da manhã, almoço e jantar) para 1 (um) acompanhante do Segurado Internado menor de 18 (dezoito) anos, para idosos a partir de 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, sendo a alimentação obrigatoriamente de mesma proveniência da servida ao Segurado internado.

3.6.8 Medicamentos e Materiais Cirúrgicos

Medicamentos, anestésicos, gases medicinais, materiais cirúrgicos e demais recursos terapêuticos indispensáveis ao tratamento do Segurado durante a internação, inclusive gesso.

3.6.9 Honorários Médicos

- a) Honorários do cirurgião, auxiliares e anestesista, de acordo com os serviços realizados durante o período de internação do Segurado.
- b) Honorários médicos referentes a 1 (uma) visita médica hospitalar por dia de Internação Hospitalar, exceto para os casos devidamente justificados através de relatório médico.

3.6.10 Assistência ao recém-nascido

Assistência médico hospitalar ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado, por período máximo de 30 (trinta) dias contados da data de nascimento. **Para os Segurados em cumprimento dos períodos de carência, a assistência ao recém-nascido somente se dará, se o Segurado já cumpriu o prazo de 300 (trezentos) dias de carência de parto.**

3.7 Remoções

Só será coberta quando realizada por via terrestre e desde que justificada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, respeitado ainda, a necessidade de validação prévia.

3.7.1 A Seguradora fica responsável pela remoção do Segurado após realização do atendimento, classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade prestadora de serviço, para continuidade de atenção ao Segurado ou pela necessidade de internação para aqueles que estão em cumprimento dos prazos de carência ou Cobertura Parcial Temporária definidos neste contrato de seguro.

Nos casos de cumprimento de carência ou Cobertura Parcial Temporária a remoção do Segurado será para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência/urgência, visando à continuidade do atendimento.

3.7.2 Quando o Segurado ou seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento numa unidade diferente da definida no subitem anterior, a Seguradora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

3.7.3 Caso não possa haver a remoção, em decorrência de risco de vida do Segurado, este ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar, entre si, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando assim a Seguradora deste ônus.

3.8 Transplantes de Órgãos

Transplantes de órgãos de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, incluindo:

- a) Despesas assistenciais com doador vivo;
- b) Medicamentos utilizados durante a internação;
- c) Acompanhamento clínico pós-operatório, imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

3.8.1 O Segurado candidato a transplantes de órgão proveniente de doador morto deverá estar inscrito em uma das Centrais de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção conforme legislação vigente.

3.9 Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes

Os segurados com doenças e/ou lesões preexistentes declaradas e suas consequências deverão cumprir Cobertura Parcial Temporária.

3.9.1 Doença e/ou Lesão Preexistente- são aquelas, inclusive as congênitas, que o proponente sabia ser portador ou sofrer na época da contratação do seguro.

3.9.2 O proponente é obrigado a declarar todas as doenças e/ou lesões preexistentes no formulário denominado Declaração de Saúde, parte integrante destas Condições Gerais, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou rescisão do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/98.

3.9.3 A Seguradora poderá comprovar o conhecimento prévio do Segurado sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses previsto no artigo 11 da Lei nº 9.656/98, podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como comportamento fraudulento.

3.9.4 À Seguradora caberá o ônus da prova, a qual poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação acima. Alegada a existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do seguro, o Segurado será comunicado imediatamente.

3.9.5 Caso o consumidor não concorde com a alegação, a Seguradora encaminhará a documentação pertinente à ANS, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

3.9.6 Após julgamento e acolhida à alegação da Seguradora pela ANS, o Segurado passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da alegação.

3.9.6.1 Até o julgamento pela ANS não haverá a suspensão do contrato.

3.9.7 Na época da contratação do seguro, o proponente poderá optar pela entrevista qualificada para preenchimento do formulário denominado Declaração de Saúde, tendo como objetivo principal, declarar, se for o caso, todas as doenças e lesões de seu conhecimento prévio, em relação a ele próprio e a todos os seus dependentes que serão incluídos no contrato.

3.9.7.1 Para realização da entrevista qualificada, o proponente poderá optar entre um profissional médico disponibilizado pela Seguradora ou por outro de sua confiança não pertencente à rede referenciada da Seguradora.

3.9.7.2 Caso o proponente opte por realizar a entrevista qualificada com um profissional médico de sua confiança e não pertencente à rede referenciada da Seguradora, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus dessa entrevista.

3.9.8 A Cobertura Parcial Temporária implica na suspensão da cobertura de Eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade, relacionados a doenças ou lesões preexistentes pelo período de até 24 (vinte e quatro) meses.

4. Exclusões de Cobertura

Estão expressamente excluídas da cobertura deste seguro, as despesas relacionadas a seguir:

- 4.1 Tratamento médico e/ou hospitalar decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- 4.2 Internações Hospitalares, tratamentos ambulatoriais, mesmo que decorrentes de situações de Emergência e/ou Urgência, exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou não habilitados legalmente no Conselho Regional de Medicina - CRM;**
- 4.3 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e tratamentos cirúrgicos para alterações do corpo;**
- 4.4 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética;**
- 4.5 Aparelhos ortopédicos;**
- 4.6 Enfermagem particular seja em hospital ou residência, assistência domiciliar de qualquer natureza, consultas domiciliares ou fisioterapia domiciliar e *Home Care*, mesmo que as condições de saúde do Segurado exijam cuidados especiais ou extraordinários;**
- 4.7 Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e quaisquer outros procedimentos de Medicina Ortomolecular;**
- 4.8 Tratamentos clínicos, cirúrgicos com finalidade estética ou social;**
- 4.9 Tratamentos realizados em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, clínicas de emagrecimento (neste último caso, exceto para tratamentos da obesidade mórbida e desde que em estabelecimentos técnica e legalmente habilitados nos respectivos Órgãos Competentes para a realização de tal tratamento), ou similares;**
- 4.10 Curativos, materiais e medicamentos de qualquer natureza ministrados ou utilizados fora do atendimento ambulatorial em situações de urgência/ emergência ou fora do regime de internação hospitalar, ou seja, em domicílio;**
- 4.11 Materiais e medicamentos nacionais e/ou importados que não possuam registros nos órgãos governamentais competentes e/ou que sejam utilizados para outra finalidade que não a estabelecida em seu registro oficial ou protocolo;**

- 4.12 Vacinas e autovacinas;**
- 4.13 Inseminação artificial;**
- 4.14 Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;**
- 4.15 Aluguel de equipamentos e aparelhos após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários à continuidade do tratamento do Segurado e terapias não prescritas ou não solicitadas pelo médico assistente;**
- 4.16 Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar do Segurado durante o período de Internação Hospitalar, tais como serviços telefônicos, itens do frigobar, jornais, TV, estacionamento, etc.;**
- 4.17 Remoções decorrentes de procedimentos não cobertos pelo Seguro e/ou não realizadas durante o período de internação, exceto para os casos em que impliquem preservação da vida, órgãos e funções assim como aquelas realizadas por via aérea ou marítima;**
- 4.18 Tratamentos experimentais de caráter clínico ou cirúrgico;**
- 4.19 Tratamentos ou procedimentos odontológicos de quaisquer naturezas, inclusive os decorrentes de Acidente Pessoal, exceto os procedimentos cirúrgicos odontológicos buco-maxilo-faciais constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e ocorridos em regime de internação hospitalar;**
- 4.20 Quaisquer despesas médicas com possíveis candidatos à doação de órgãos para a realização de transplantes;**
- 4.21 Despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente;**
- 4.22 Exames Admissionais, Periódicos e Demissionais, bem como aqueles para a prática de esportes, para academias de ginástica ou aquisição ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação - CNH;**
- 4.23 Procedimentos que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia vigente na data de realização do evento;**
- 4.24 Check-Up.**

5. Carência

- 5.1** Período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento do prêmio mensal pelo Estipulante, o Segurado não tem direito a determinadas coberturas.
- 5.2** A carência somente será aplicada aos segurados elegíveis para esta condição.
- 5.3** As coberturas garantidas neste contrato de seguro, somente terão efeito após o cumprimento dos prazos descritos para o grupo de carência, contados a partir da vigência do Segurado.
- 5.4** Grupos de carência
- a) Grupo de carência 0 :
0 (zero) hora da data de vigência do segurado para acidente pessoal e 24 (vinte e quatro) horas da data de vigência do segurado, para atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais;
 - b) Grupo de carência 1:
15 (quinze) dias para consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), serviços auxiliares de diagnose em regime externo, exceto os serviços descritos nos itens subsequentes;
 - c) Grupo de carência 2:
180 (cento e oitenta) dias para internações hospitalares, ultrassonografias com Doppler, ultrassonografias coloridas, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, “tilt tests” e seus derivados, ressonância magnética, medicina nuclear (mapeamentos, cintilografias e terapias), ecocardiografias, eletrocardiografia dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografias e arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia do câncer, radioterapia, litotripsias e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro, exceto os descritos para os grupos de carência subsequentes;
 - d) Grupo de carência 3:
300 (trezentos) dias para parto a termo;
Este prazo servirá também como condição de análise para inclusão de filho natural e/ou adotivo recém-nascido do Segurado Titular, bem como assistência ao recém-nascido;
 - e) Grupo de carência 4:
180 (cento e oitenta) dias para transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética;
 - f) Grupo de carência 5:
180 (cento e oitenta) dias para internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise e cirrose hepática, cirurgias de refração em oftalmologia, acupuntura, psicoterapia e obesidade mórbida.

6. Reembolso

6.1 Será garantido o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde, quando o Segurado utilizar os serviços de profissionais ou instituições que não façam parte da rede referenciada.

6.1.1 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a autorização prévia da Seguradora.

6.2 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo, obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

6.3 Para os Segurados do SulAmérica Saúde planos Básico SP e Básico RJ, o reembolso das despesas cobertas somente será pago se o atendimento prestado ocorrer dentro da região contratada.

6.4 Diárias Hospitalares

Para efeito de reembolso, as diárias hospitalares, de UTI e de parto incluem:

- a) Diárias hospitalares incluem: registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;
- b) Diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;
- c) Partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

6.5 Taxas de Sala

Para efeito de reembolso são consideradas Taxas de Sala:

- a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;
- b) As taxas de sala cirúrgica incluem: utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;
- c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado;
- d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela SulAmérica Saúde. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;

e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

6.6 Medicamentos e Materiais

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços médios de venda no mercado vigentes na data de sua utilização.

6.7 Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares

O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela SulAmérica Saúde, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento. Também deverão ser obedecidas as Instruções Gerais constantes da Tabela SulAmérica Saúde.

6.8 Tabela SulAmérica Saúde

Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela SulAmérica Saúde que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões.

6.8.1 A Tabela SulAmérica Saúde define a quantidade de US a ser considerada em cada procedimento médico para o cálculo do reembolso.

6.8.2 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) – é o coeficiente expresso em moeda corrente nacional que servirá como base de cálculo do reembolso dos serviços médicos e hospitalares cobertos pelo Seguro.

6.8.3 O valor da USR está definido, respeitando o critério definido na Resolução CONSU nº 08, alterada pela CONSU nº 15, a qual, diz que o reembolso das despesas garantidas pelo seguro contratado com profissionais e instituições não referenciadas, não serão inferiores aos praticados na rede referenciada.

6.8.3.1 O valor da USR será reajustado para garantir que o valor reembolsado ao Segurado titular não seja inferior ao menor valor praticado na rede referenciada.

6.8.4 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado da seguinte forma:

$$\frac{\text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}}{\text{Quantidade de vezes que o procedimento foi realizado}}$$

* Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado.

** Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

6.8.5 Múltiplos de reembolso são os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde, para obtenção do valor, em moeda corrente nacional, de reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas e efetivamente pagas pelo Segurado Titular e/ou seus dependentes, de acordo com os cálculos acima descritos.

6.8.6 Tabela de Múltiplos de Reembolso

Planos	Segurado Não Internado		Segurado Internado	
	Consultas Médicas	Diagnose / Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares e SADT
Máximo	6,0	5,0	15,0	15,0
Executivo	3,0	3,0	4,0	4,0
Especial	1,0	1,0	2,0	1,0
Básico	1,0	1,0	1,0	1,0
Básico SP	0,5	0,5	0,5	0,5
Básico RJ	0,5	0,5	0,5	0,5

SADT = Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia

6.8.6.1 Os Segurados do SulAmérica Saúde plano Básico com abrangência nacional e acomodação em quarto privativo, terão o múltiplo de reembolso 2,0 (dois), no que se refere a honorários médicos para o segurado internado.

6.9 O valor correspondente a coparticipação nas internações psiquiátricas ou para tratamentos de dependência química previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

6.10 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento dos documentos originais específicos para cada procedimento.

6.11 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessárias para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido.

6.12 Prazos para Reembolso

6.12.1 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano após a realização dos eventos cobertos.

6.12.2 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Seguradora.

6.13 Antes do recebimento do Cartão SulAmérica Saúde para acesso a Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, respeitadas as condições do Seguro contratado, o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, inclusive as decorrentes de Emergência ou Urgência.

6.14 Ainda que o Segurado tenha, na mesma Seguradora, mais de um seguro, em seu nome ou de outra pessoa, no qual seja incluído como dependente, ele terá direito a uma única cobertura, pois é vedada a acumulação. Nesse caso, serão aplicados os valores de reembolso do maior plano de Seguro, perdendo o Segurado o excesso de prêmios eventualmente pagos.

6.15 Documentos necessários para reembolso das despesas médico-hospitares. Os documentos necessários são:

- a) Cópia do cartão de identificação;
- b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e/ou Nota Fiscal original, constando:
 - Descrição do serviço realizado e quantidade com valor unitário, data de atendimento, especialidade e CRM do médico;
 - Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, se houver;
 - Laudos de exames, se necessário;
 - Laudo médico, se necessário.
- c) Para os casos de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

6.16 Todos os processos de reembolso passam por análise de consultor técnico, que poderá solicitar documentos complementares para melhor análise.

7. Rede Referenciada

7.1 A Rede Referenciada consiste no conjunto de médicos, laboratórios, clínicas, prontos-socorros e hospitais opcionalmente colocados à disposição dos Segurados pela Seguradora, para prestar atendimento médico-hospitalar de acordo a abrangência geográfica contratada.

7.2 A Seguradora efetuará, por conta e ordem do Segurado, o pagamento aos profissionais ou instituições da Rede Referenciada pelos serviços médico-hospitalares cobertos realizados.

7.3 A Rede Referenciada poderá ser alterada, em qualquer época, por iniciativa dos próprios referenciados ou da Seguradora, respeitando os critérios estabelecidos na legislação vigente, em especial o Art. 17 da Lei nº. 9656/98.

7.4 Os estabelecimentos hospitalares da Rede Referenciada são classificados por especialidade médica e disponibilizados aos Segurados de acordo com a abrangência do seguro contratado.

7.5 Para utilização dos serviços de profissionais ou instituições da Rede Referenciada será indispensável à apresentação do Cartão SulAmérica Saúde, documento de identidade e validação prévia quando necessária.

8. Coparticipação

Haverá coparticipação do Segurado, correspondente a 50% (cinquenta por cento) ou o percentual máximo permitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, das despesas cobertas a partir do 1º (primeiro) dia subsequente aos prazos definidos para a cobertura de internações psiquiátricas e para tratamento por dependência química, dentro de um mesmo ano de vigência do seguro.

9. Validação Prévia de Procedimentos - VPP

A realização dos procedimentos médico-hospitalares relacionados a seguir dependerá de validação prévia da Seguradora, com as respectivas justificativas e indicações médicas.

9.1 Internações: clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas.

9.2 Serviços auxiliares de diagnose

9.3 Serviços auxiliares de terapia

9.4 Serviços ambulatoriais

9.5 Remoções

9.6 As validações prévias efetuadas, para procedimentos referentes a doenças e/ou lesões preexistentes no período de Cobertura Parcial Temporária, não garantem coberturas para eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade. Nas situações de urgência e emergência o Segurado deverá providenciar a regularização da validação em até 48 (quarenta e oito) horas.

10. Contratação do Seguro

A contratação deste seguro respeitará as normas e legislação vigentes para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, além das condições descritas a seguir.

10.1 Este seguro é destinado a Grupos Seguráveis com no mínimo 4 (quatro) e no máximo 49 (quarenta e nove) vidas que poderão ser compostas pelas categorias a seguir, acrescidas ou não dos respectivos dependentes Seguráveis:

a) Sócios;

- b) Administradores / Diretores;
- c) Empregados;
- d) Estagiários;
- e) Aprendizes.

10.2 A adesão ao seguro deverá contemplar 100% (cem por cento) do Grupo Segurável estabelecido na proposta de seguro.

10.3 Todos os novos componentes que venham a fazer parte do Grupo Segurável definido na proposta de seguro deverão ser incluídos, respeitando as mesmas condições e valores vigentes.

11. Inclusão de segurados

11.1 Condições de inclusão de segurados para grupos de 04 (quatro) a 29 (vinte e nove) vidas.

- 11.1.1** O Segurado incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias terá como data de início de vigência a mesma data do evento que caracterizou sua condição de proponente ou dependente segurável e/ou mesmo dia do início de vigência do Seguro e respeitará os prazos de carência estabelecidos para o Grupo Segurado na ocasião da inclusão.
- 11.1.2** O Segurado incluído após o prazo de 30 (trinta) dias do evento terá como data de início de vigência o mesmo dia do início de vigência do Seguro, no mês subsequente à solicitação de inclusão e cumprirá os prazos de carência estabelecidos nas condições gerais deste seguro.
- 11.1.3** O filho natural e/ou adotivo recém-nascido do Segurado Titular, cujo parto tenha sido coberto por esta Seguradora, incluído no seguro em até 30 (trinta) dias do seu nascimento ou adoção, estará isento do cumprimento dos prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária, respeitando as demais condições estabelecidas nesta proposta de seguro.
- 11.1.4** O filho natural e/ou adotivo recém-nascido do Segurado Titular, cujo parto não tenha sido coberto por esta Seguradora, incluído no seguro em até 30 (trinta) dias do seu nascimento ou adoção, terá aproveitamento dos períodos de carência já cumpridas pelos pais e estará sujeito a Cobertura Parcial Temporária, respeitando as demais condições estabelecidas nesta proposta de seguro.
- 11.1.5** O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, poderá ser incluído no seguro com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Segurado adotante, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção e estará sujeito a Cobertura Parcial Temporária.
- 11.1.6** O neto recém-nascido do Segurado Titular, cujo parto tenha sido pago por esta seguradora, incluído no seguro em até 30 (trinta) dias do seu nascimento, estará isento do cumprimento dos prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária, respeitando as demais condições estabelecidas nesta proposta de seguro.

11.1.7 O filho natural e/ou adotivo recém-nascido e o neto recém-nascido cujo parto tenha sido pago por esta Seguradora e o filho adotivo menor de doze anos, incluído no seguro após 30 (trinta) dias do seu nascimento ou adoção, deverão cumprir as carências estabelecidas nestas condições gerais e estarão sujeitos à Cobertura Parcial Temporária, respeitando as demais condições estabelecidas nesta proposta de seguro.

11.1.8 Entende-se como parto coberto, quando o Segurado Titular já cumpriu o prazo de 300 (trezentos) dias de carência para parto.

11.1.9 Entende-se como parto pago, aquele em que a Seguradora efetua o pagamento das despesas, tanto na rede referenciada quanto pelo sistema de reembolso.

11.2 Condições de inclusão de segurados para grupos de 30 (trinta) a 49 (quarenta e nove) vidas.

11.2.1 O Segurado incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias, terá como data de início de vigência a mesma data do evento que caracterizou sua condição de proponente ou dependente segurável e/ou o mesmo dia do início de vigência do Seguro e estará isento do cumprimento dos prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária.

11.2.2 O Segurado incluído após o prazo de 30 (trinta) dias do evento que caracterizou sua condição de proponente ou dependente segurável terá como data de início de vigência o mesmo dia do início de vigência do Seguro, no mês subsequente à solicitação de sua inclusão e cumprirá os prazos de carência e cobertura parcial temporária.

12. Planos de Seguro

12.1 O Estipulante indicará na proposta de seguro um ou mais planos os quais poderão apresentar abrangências geográficas diferentes. A opção do plano deverá ser feita pelo Estipulante no momento da contratação.

12.1.1 Para os planos com abrangência geográfica Estadual ou Grupo de Estados, o Estipulante deverá indicar na proposta de seguro apenas uma das opções existentes, a qual deverá ser de acordo com a região que está constituída a empresa.

12.1.2 Os planos oferecidos para contratação são:

Planos	Abrangência Geográfica	Estado	Acomodação Hospitalar	Registro ANS
Máximo	Nacional	Todos	Apartamento	431429008
Executivo	Nacional	Todos	Apartamento	431429008
Especial	Nacional	Todos	Apartamento	431428000
Básico	Nacional	Todos	Apartamento	459861090
Básico	Nacional	Todos	Enfermaria	431427001
Básico SP	Estadual	São Paulo	Apartamento	459693095
Básico SP	Estadual	São Paulo	Enfermaria	438394020
Básico RJ	Grupo de Estados	Rio de Janeiro e Espírito Santo	Apartamento	459694093
Básico RJ	Grupo de Estados	Rio de Janeiro e Espírito Santo	Enfermaria	438410025

12.2 Os Segurados dos planos Especial, Executivo e Máximo, serão acomodados em quartos privativos, e os Segurados dos planos Básico, Básico SP e Básico RJ deverão optar pela acomodação em enfermaria ou quarto privativo, no momento da contratação.

12.3 O plano dos Dependentes Segurados será sempre o mesmo do Segurado Titular.

12.4 Para os Segurados com acomodação hospitalar em enfermaria, nos casos de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos referenciados é garantido o acesso à acomodação em nível superior sem ônus adicional, conforme determina o art. 33 da Lei n. 9656/98.

13. Prêmios

13.1 O prêmio mensal será constituído pela soma dos prêmios individuais correspondentes às faixas etárias de cada Segurado, acrescido dos encargos previstos na legislação vigente.

13.2 O prêmio mensal deverá ser pago pelo Estipulante à Seguradora antes da utilização das coberturas contratadas.

13.3 O vencimento dos prêmios mensais será sempre o mesmo dia da quitação bancária do 1º (primeiro) prêmio. Caso a data coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

13.4 Os prêmios individuais e acertos de prêmio decorrentes de inclusões e exclusões de Segurados serão contabilizados no prêmio mensal do mês subsequente às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento, não existindo cobrança pró-rata.

13.5 As movimentações de Segurados ocorridas após o fechamento da fatura serão consideradas como acerto de prêmio no faturamento do prêmio mensal subsequente.

- 13.6** O valor do prêmio mensal em atraso será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois por cento), além de correção monetária.
- 13.7** O atraso no pagamento do prêmio mensal implicará na suspensão automática do direito às coberturas do seguro a partir do 1º (primeiro) dia de inadimplência do Estipulante.
- 13.8** O direito às coberturas deste seguro será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente à regularização do pagamento do prêmio em atraso.
- 13.9** O atraso no pagamento do prêmio mensal por período superior a 30 (trinta) dias resultará no cancelamento do seguro e na cobrança de eventuais prêmios vencidos até a data do efetivo cancelamento, exceto nos casos em que o Estipulante solicitou o cancelamento do seguro com antecedência de 60 (sessenta) dias da data do vencimento do prêmio mensal.
- 13.10** O pagamento de prêmio mensal não quita eventuais débitos anteriores.
- 13.11** Se a Seguradora não identificar o pagamento de qualquer prêmio mensal vencido, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

14. Reajustes do Prêmio do Seguro

- 14.1** O valor do prêmio será reajustado a cada período mínimo de 12 (doze) meses, e ocorrerão de forma cumulativa, nas modalidades descritas a seguir:

14.1.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

O prêmio será reajustado com base na variação dos custos médico-hospitalares, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro.

14.1.2 Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

O prêmio será recalculado periodicamente em função da sinistralidade apurada.

- 14.1.2.1** Sempre que o índice de Sinistralidade, (Sinistros Pagos e Sinistros Não Pagos - Avisados / Prêmio), estiver acima de 0,70 (setenta centésimos), os prêmios serão reajustados respeitado o período mínimo de 12 (doze) meses, conforme a seguinte fórmula:

$$IC = \frac{SS}{0,70 \times PC}$$

Na qual:

- IC** = Índice de correção do prêmio no semestre
SS = Soma dos sinistros no semestre
PC = Soma dos prêmios cobrados no semestre
0,70 = Índice Máximo de Sinistralidade

- 14.1.2.2** A sinistralidade será apurada semestralmente e serão considerados todos os contratos de Seguro Saúde de Pequenas e Médias Empresas - PME.

14.1.2.3 A sinistralidade somente será analisada a partir do 5º (quinto) mês de vigência do seguro.

14.1.2.4 Para efeito da análise da sinistralidade, serão considerados os sinistros e prêmios de todos os Segurados.

14.1.2.5 As análises ocorrerão nos meses de junho e dezembro, considerando os sinistros pagos e não pagos (avisados) e prêmios pagos, respectivamente, dos períodos de novembro a abril e de maio a outubro.

14.1.2.6 Com o objetivo de manter o equilíbrio técnico atuarial da carteira, o prêmio será reajustado em decorrência do resultado da sinistralidade apurada nos períodos descritos.

14.2 Conforme dispõe a regulamentação vigente, o reajuste aplicado ao contrato, nas modalidades citadas nas cláusulas anteriores, é informado à ANS em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

15. Variação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária

O valor do prêmio mensal será adequado quando os Segurados mudarem de faixa etária, aplicando o percentual indicado na Tabela de Percentual por mudança de Faixa Etária, sobre o valor do último prêmio individual. Os percentuais da Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária estão definidos de acordo com as regras da RN 63, Artigo 3º, Incisos I e II, instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

15.1 Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

15.1.1 As faixas etárias e os percentuais estabelecidos nesta proposta de seguro são:

Faixa Etária	Básico	Especial	Executivo	Máximo
0 a 18 anos	0,00	0,00	0,00	0,00
19 a 23 anos	26,38%	33,59%	36,85%	36,85%
24 a 28 anos	26,38%	33,59%	34,86%	34,86%
29 a 33 anos	21,36%	11,64%	12,11%	12,11%
34 a 38 anos	5,49%	1,82%	10,25%	10,25%
39 a 43 anos	7,88%	9,44%	6,39%	6,39%
44 a 48 anos	25,04%	17,81%	7,37%	7,37%
49 a 53 anos	1,38%	31,76%	16,91%	16,91%
54 a 58 anos	23,90%	10,88%	14,81%	14,81%
59 anos ou +	73,19%	57,01%	71,55%	71,55%

15.1.2 Os percentuais definidos para cada faixa etária constantes no plano Básico, aplicam-se também nos planos Básico SP e Básico RJ, independente da acomodação hospitalar.

16. Exclusão do Segurado

16.1 O Segurado Titular será excluído do seguro nos seguintes casos:

- a) Cancelamento do seguro pelo Estipulante;**
- b) Término do vínculo com o Estipulante, definido na proposta do seguro saúde resguardado, quando for o caso, o direito de Extensão de Cobertura Assistencial previsto na legislação vigente. É de responsabilidade do Estipulante informar a Seguradora sobre o final do vínculo do Segurado titular;**
- c) Infrações ou fraudes de qualquer natureza, com o objetivo de obter vantagens ilícitas.**

16.2 O Segurado Dependente será excluído do seguro nos casos de:

- a) Perda da condição de dependência definida nas Condições Gerais deste seguro;**
- b) Cancelamento do Segurado Titular.**

17. Extensão de Cobertura Assistencial

17.1 Será de inteira responsabilidade do Estipulante oferecer a Extensão de Cobertura Assistencial ao aposentado, exonerado ou demitido sem justa causa, que tenha contribuído com o seguro nos termos previstos no art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

17.1.1 Não serão consideradas como contribuição as Franquias e Coparticipações do Segurado.

17.2 Por rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa

17.2.1 Ao Segurado Titular que contribuiu para o seguro saúde, em decorrência do vínculo empregatício, é garantido o direito de manter a sua condição de Beneficiário deste seguro coletivo empresarial nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava na vigência do contrato de trabalho, desde que continue pagando integralmente os prêmios e faça sua opção em até 30 (trinta) dias após o seu desligamento, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão contratual.

17.2.2 O período de manutenção desta condição será de um terço do tempo de permanência no seguro como Empregado, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

17.2.3 Esta condição é extensiva a todo o Grupo Familiar inscrito na data da opção pela extensão da cobertura assistencial.

17.2.4 Em caso de morte do Segurado Titular, é garantido aos Segurados Dependentes o direito de manter a sua condição de Beneficiário do seguro coletivo empresarial pelo período remanescente da extensão da cobertura, desde que continuem pagando integralmente os prêmios.

17.2.5 O direito assegurado neste item não exclui vantagens obtidas pelos Empregados, decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

17.2.6 A condição prevista neste item deixará de existir quando da admissão do Segurado Titular em novo emprego ou pelo cancelamento do seguro.

17.3 Por Aposentadoria

17.3.1 Ao Aposentado que contribuiu para o pagamento do seguro saúde em decorrência do vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é garantido o direito de manter a sua condição de Beneficiário deste seguro coletivo empresarial nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava na vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral dos prêmios.

17.3.2 Ao Aposentado que contribuiu para o pagamento do seguro saúde, por período inferior a 10 (dez) anos, é garantido o direito de manter a sua condição de Beneficiário do seguro saúde, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral dos prêmios.

17.3.3 Esta condição é extensiva a todo o Grupo Familiar inscrito na data da opção pela extensão da cobertura assistencial.

17.3.4 Em caso de morte do Segurado Titular, é garantido aos Segurados Dependentes o direito de manter a sua condição de segurado do seguro saúde pelo período remanescente da extensão da cobertura, desde que continuem pagando integralmente os prêmios dos segurados ativos no seguro.

17.3.5 O direito assegurado neste item não exclui vantagens obtidas pelos Empregados, decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

17.3.6 A condição prevista neste item deixará de existir quando da admissão do Segurado Titular em novo emprego, pelo cancelamento do seguro saúde pelo Estipulante ou inadimplência superior a 30 (trinta) dias.

17.4 A cobrança direta do prêmio ao aposentado, exonerado e/ou demitido, quando da extensão do benefício em razão dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, poderá ser realizada pela seguradora, desde que por conta e ordem do Estipulante, quando indicado na proposta de seguro.

17.4.1 Mesmo que haja acordo entre a Seguradora e Estipulante para que a cobrança deste benefício seja direta, por conta e ordem do Estipulante, os Segurados continuarão vinculados ao plano coletivo para todos os fins, dentre os quais, a apuração de sinistralidade.

17.5 Quando houver cancelamento do benefício, o Segurado poderá optar por um plano individual, no prazo de 30 (trinta) dias, com aproveitamento dos períodos de carência, desde que esta Seguradora sob o registro 000043, esteja comercializando produto individual.

18. Vigência e Condições de Renovação Automática

18.1 O período mínimo de vigência deste seguro é de 12 (doze) meses, com início a partir da zero hora do dia subsequente à quitação bancária da 1ª (primeira) fatura do prêmio mensal.

18.2 Este seguro será renovado automaticamente por período indeterminado, após o período inicial de vigência, salvo manifestação em contrário por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, de qualquer das partes. Sempre que este seguro for renovado, não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

19. Cancelamento do Seguro

19.1 Cancelamento imotivado do seguro por iniciativa da Seguradora e/ou Estipulante

19.1.1 O cancelamento imotivado do seguro por iniciativa da Seguradora e/ou do Estipulante, sem direito a devolução dos prêmios pagos, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante comunicação por escrito por qualquer das partes, com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência.

19.2 Cancelamento do seguro por iniciativa da Seguradora

19.2.1 O seguro estará sujeito ao cancelamento a qualquer momento por iniciativa da Seguradora, sem direito a devolução dos prêmios pagos, nas seguintes situações:

- a)** Quando a natureza dos riscos do Grupo Segurado sofrer alteração, tornando inviável a sua manutenção pela Seguradora, que comunicará ao Estipulante por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência;
- b)** Quando o Grupo Segurado reduzir-se a número inferior a 4 (quatro) vidas;
- c)** Por inadimplência superior a 30 (trinta) dias;

- d) Quando o Estipulante, Proponente ou seu responsável legal não fizer declarações verdadeiras e completas na proposta de seguro ou no cartão proposta/declaração de saúde, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio mensal, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro;
- e) Quando for identificado pela Seguradora infrações ou fraudes de qualquer natureza, com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

20. Divergências Médicas

- 20.1** As divergências médicas sobre o direito às coberturas do seguro serão dirimidas por junta médica composta de três membros, sendo: um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora e o terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados;
- 20.2** Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempatador, sua designação será solicitada ao presidente da sociedade médica sediada na localidade;
- 20.3** A remuneração do terceiro, desempatador, será paga pela Seguradora.

21. Sigilo Médico

A Seguradora poderá, através do profissional médico por ela designado, consultar pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, para obter informações relacionadas às coberturas deste seguro, resguardando o direito ao sigilo médico previsto na legislação vigente.

22. Foro

Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Estipulante para dirimir qualquer dúvida advinda do presente contrato de seguro.

SulAmérica Saúde PME

**SulAmérica Saúde PME
Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia
Condições Particulares**

ANS - Nº 000043

Índice

Condições Particulares do Contrato de Seguro Saúde PME

Modalidade Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

- **Condições Particulares**

1 – Coberturas Adicionais	1
2 – Utilização do Seguro	2
3 – Contratação do Seguro	3
4 – Comprovação dos Vínculos entre Empresa, Segurados e Dependentes financeiros ...	5
5 – Inclusão de Novos Segurados	5
6 – Exclusão de Segurados	6
7 – Transferência de Plano	6
8 – Extensão de Cobertura Assistencial	7
9 – Disposições Finais	7

- **Cláusulas Adicionais**

Assistência 24 Horas

Remissão do Pagamento dos Prêmios

Sul América Seguro Saúde S.A.
Registro na ANS nº 000043

**Contrato N°
547 - 2**

Estas Condições Particulares integram as Condições Gerais do contrato de Seguro Saúde Coletivo Empresarial entregues ao Estipulante no momento da contratação do seguro.

Condições Particulares do Seguro Saúde PME Modalidade Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Ficam acrescidas às Condições Gerais do contrato de Seguro Saúde Coletivo Empresarial os itens descritos a seguir:

1. Coberturas Adicionais

1.1 Transplantes de Órgãos

Transplante de coração, pâncreas, pâncreas-rim, pulmão, medula óssea e fígado, incluindo:

- a) Despesas assistenciais com doador vivo;
- b) Medicamentos utilizados durante a internação;
- c) Acompanhamento clínico pós-operatório, imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

1.1.1 O Segurado candidato a transplante de órgão proveniente de doador morto deverá estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção conforme legislação vigente.

1.2 Reembolso

1.2.1 Será garantido exclusivamente aos Segurados do SulAmérica Saúde com planos de abrangência nacional, sendo **Básico, Especial, Executivo e Máximo** o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas realizadas no exterior de acordo com o múltiplo de reembolso do plano de seguro contratado e Tabela SulAmérica Saúde.

1.2.2 O reembolso das despesas médicas e hospitalares, comprovadamente pagas, realizadas no exterior será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de venda, vigente na data da quitação do atendimento realizado. **O prazo máximo para apresentação dos pedidos de reembolso será de 2 (dois) anos após a realização dos eventos cobertos fora do território nacional.**

1.3 Despesas de Acompanhante

Para os Segurados, maiores de 18 (dezoito) anos, **que optaram por planos com acomodação em quarto privativo**, está prevista a cobertura das despesas com acomodação de um acompanhante, respeitando os regulamentos internos do hospital. As despesas garantidas são exclusivamente com o leito e rouparia.

1.4 Atendimento de urgência e emergência

1.4.1 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde planos Básico SP e Básico RJ, o atendimento em casos devidamente caracterizados como urgências e/ou emergências, em pronto-socorro hospitalar, fora da região de abrangência geográfica contratada pelo Estipulante, respeitando os prazos de carência deste seguro.

1.4.2 O atendimento será realizado exclusivamente na Rede de Apoio, a qual será disponibilizado pela Seguradora. A rede de apoio contempla prontos-socorros em todas as capitais.

2. Utilização do Seguro

2.1 Validação Prévia de Procedimentos - VPP

Para a realização dos procedimentos abaixo relacionados, é necessário que o Segurado solicite validação prévia de procedimentos, a qual será concedida pela Seguradora após análise das solicitações especificadas pelo médico assistente:

2.1.1 Internações: clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas.

2.1.2 Remoções.

2.1.3 Serviços auxiliares de diagnose, tais como: eletrocardiografia dinâmica (Holter), eletrococleografia, eletromiografia, eletroneuromiografia, ecocardiografia, tomografia computadorizada, angiografia, arteriografia, bioimpedanciometria, "tilt tests" e seus derivados, polissonografias, endoscopias, teste de função pulmonar, ressonância magnética, estudo hemodinâmico e estudos de medicina nuclear (cintilográficos ou não).

2.1.4 Serviços auxiliares de terapia, tais como: fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, braquiterapia, litotripsia, diálise, hemodiálise, hemofiltrações, psicoterapia (por sessão), monitorização de pressão intracraniana e acupuntura.

- 2.1.5 Serviços ambulatoriais**, tais como: cirurgias ambulatoriais com porte anestésico maior que zero e cirurgias de refração em oftalmologia, tanto unilaterais quanto bilaterais, conforme estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS à época da realização do evento.
- 2.2** Na Validação Prévia de Procedimentos para internação será prevista a quantidade de diárias de acordo com o tipo de tratamento. Quando necessária a permanência hospitalar por um período maior, a prorrogação da validação prévia deverá ser solicitada e submetida à apreciação da Seguradora.
- 2.3** Para análise adequada da validação prévia de procedimentos, a Seguradora reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham tratado o Segurado anteriormente.
- 2.4** A Validação Prévia de Procedimentos emitida para a realização de procedimentos relacionados às doenças e lesões preexistentes no período de Cobertura Parcial Temporária não é extensiva a eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

3. Contratação do Seguro

- 3.1** Os Segurados incluídos na ocasião da contratação terão como data de início de vigência a mesma data do início da vigência do seguro do Estipulante.
- 3.2 Não será aceita a inclusão de Proponente que não faça parte do Grupo Segurável definido nesta proposta de seguro.**
- 3.3** Ao Estipulante cabe fornecer à Seguradora, quando da contratação do seguro e periodicamente, lista com eventuais funcionários afastados das atividades regulares de trabalho e os motivos do afastamento.
- 3.4** O Estipulante assumirá a responsabilidade pelas informações prestadas na proposta de seguro e cartões proposta/declaração de saúde do Grupo Segurado, ciente do que dispõe o Código Civil Brasileiro (artigo 766 e § único);
“Se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, o Segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio”.
- 3.5 Na contratação do seguro serão exigidos os seguintes documentos:**
- Contrato social, devidamente registrado no órgão competente;
 - Ficha de compensação quitada;

- Proposta de seguro do Estipulante devidamente assinada pelo representante legal da empresa sob carimbo;
- Cartões-Proposta assinados pelo representante legal da empresa e pelo proponente;
- Declaração de Saúde preenchida e assinada pelo proponente;
- Cópia da relação atualizada de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada;
- Cópia do Contrato Social que contenha cláusula de Administrador;
- Cópia do Contrato de Estágio assinado pelo estagiário e pelo representante legal da empresa, mediante procuração, e pela Instituição de ensino sob carimbo;
- Cópia do Contrato de Aprendiz assinado pelo aprendiz e pelo representante legal da empresa e/ou Registro de Emprego assinado pelo empregado e pelo empregador, sob carimbo da empresa e documento que comprove a inscrição/matricula em Escola/Instituição de Ensino Técnico;
- Outros documentos que comprovem oficialmente e financeiramente a constituição da empresa, o vínculo entre o Grupo Segurado e o Estipulante e o vínculo entre Segurado e Dependentes.

3.6 A Seguradora exigirá, a qualquer tempo, cópias autenticadas em cartório de documentos oficiais aceitos pela Receita Federal e demais órgãos públicos que comprovem o vínculo com o Estipulante ou a relação de dependência com o Segurado Titular, conforme segue:

a) Para Sociedade Empresária: Contrato Social ou Estatuto Social da Sociedade Empresária atualizado e arquivado na Junta Comercial;

Para Sociedade Simples: Contrato Social ou Estatuto Social da Sociedade Simples atualizado e arquivado no Registro Civil de Pessoas Jurídicas;

b) Relação atualizada de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada;

c) Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ;

d) Registro de Emprego em papel timbrado, Certidão de Nascimento, Casamento, Escritura Declaratória lavrada em Cartório, Tutela ou Guarda judicial, Passaporte (expatriados) e Diário Oficial.

3.7 Os documentos exigidos, conforme cláusula 3.5, para a implantação do seguro, deverão ser entregues na Seguradora em até 72 (setenta e duas) horas da data de quitação da proposta.

3.7.1 A emissão da apólice de seguro será feita em até 15 (quinze) dias da data do protocolo dos documentos entregues na Seguradora.

3.7.2 Ultrapassado o prazo de 15 (quinze) dias da quitação, se não houver protocolo dos documentos, a Seguradora recusará a proposta de seguro por motivo técnico e devolverá o prêmio ao Estipulante, desde que não tenha ocorrido utilização do Seguro.

4. **Comprovação dos Vínculos entre Empresa, Segurados e Dependentes Financeiros.**

Para preservar a integridade do resultado da apólice e validação do grupo segurável previsto em contrato, a Seguradora poderá solicitar a qualquer momento após a implantação da apólice, os documentos atualizados citados no item CONTRATAÇÃO DO SEGURO que comprovem a relação de vínculo empregatício entre empregado e empregador, a relação de dependência financeira entre empregado e dependente e outras relações de trabalho definidas no momento da contratação do seguro.

4.1 Na ocorrência de constatação da divergência encontrada entre o Grupo Segurável previsto neste contrato e o Grupo Segurado efetivamente coberto, serão tomadas as providências a seguir:

4.1.1 Estipulante da apólice será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os sinistros por atendimento em rede referenciada, reembolsos e autorizações prévias ocorridas durante o período de vigência deste Segurado, acrescidas de despesas administrativas e financeiras.

4.1.2 A Seguradora providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do Segurado para o último dia do mês da ocorrência desta constatação.

5. **Inclusão de Novos Segurados**

5.1. A empresa deverá entregar à Seguradora na ocasião da admissão, casamento, nascimento ou outro evento que habilite seu ingresso no Seguro, os seguintes documentos:

a) Formulários fornecidos pela Seguradora, denominado declaração de saúde/cartão proposta, devidamente preenchidos e assinados pelo Segurado Titular e pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da Empresa;

b) Cópia de documentos que comprovem o vínculo concreto empregatício mantido com o Estipulante;

- **Para Sociedade Empresária:** Contrato Social ou Estatuto Social da Sociedade Empresária atualizado e arquivado na Junta Comercial;

- **Para Sociedade Simples:** Contrato Social ou Estatuto Social da Sociedade Simples atualizado e arquivado no Registro Civil de Pessoas Jurídicas;

c) Relação atualizada de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada;

d) Cópia do Contrato Social que contenha cláusula de Administrador;

e) Cópia do Contrato de Estágio assinado pelo estagiário e pelo representante legal da empresa, mediante procuração, e pela Instituição de ensino sob carimbo;

- f) Cópia do Contrato de Aprendiz assinado pelo aprendiz e pelo representante legal da empresa e/ou Registro de Empregado assinado pelo empregado e pelo empregador, sob carimbo da empresa e documento que comprove a inscrição/matricula em Escola/Instituição de Ensino Técnico;
- g) Cópia de documentos que comprovem oficialmente e financeiramente a relação de dependência com o Segurado Titular, ou seja: certidão de nascimento, casamento, escritura declaratória lavrada em cartório, tutela ou guarda judicial e outros documentos que a Seguradora julgar necessários.

5.2 Os cartões proposta/declaração de saúde preenchidos em desacordo com as condições estabelecidas e contratadas nesta proposta de seguro, serão devolvidos ao Estipulante, que terá 10 (dez) dias para a regularização, contados a partir da data de devolução pela Seguradora.

5.2.1 Ultrapassado o prazo para regularização, a partir da reapresentação dos cartões proposta/declaração de saúde a Seguradora iniciará novo prazo de 15 (quinze) dias para análise da inclusão.

6. Exclusão de Segurados

A Empresa deverá entregar à Seguradora na ocasião da exclusão do Segurado, o formulário fornecido pela Seguradora, denominado cadastro de beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da empresa.

O fim de vigência será o último dia do mês de competência de data da contratação do seguro com base no protocolo de entrega na Seguradora.

Exemplo: contratação do seguro ocorreu no dia 10 (dez) então a exclusão será no dia 09 (nove) do mês subsequente.

7. Transferência de Plano

7.1 A transferência de um ou mais Segurados para o plano imediatamente superior poderá ocorrer na data de aniversário da apólice, quando solicitada formalmente pelo Estipulante com antecedência de 30 (trinta) dias.

7.2 Caso o Estipulante tenha estabelecido no momento da contratação planos específicos para cada categoria funcional, a transferência também poderá ocorrer quando houver promoção de categoria funcional comprovada através do Registro de Empregados. Esta transferência deverá ser solicitada à Seguradora, pelo Estipulante, em até 30 (trinta) dias da data da promoção, respeitando ainda a condição dos demais Segurados de igual cargo ou função.

7.3 Não será permitida a transferência de Segurado para plano inferior.

8. Extensão de Cobertura Assistencial

- 8.1** O Estipulante deverá comunicar por escrito à Seguradora, em até 30 (trinta) dias após o desligamento, a opção do Segurado pela Extensão de Cobertura Assistencial, apresentando os seguintes documentos:
- a) Carta modelo padrão definida pela Seguradora, devidamente assinada pelo Estipulante e ex-funcionário demitido ou aposentado;
 - b) Se demitido, cópia da Rescisão Contratual;
 - c) Se aposentado, cópia da Rescisão Contratual e Concessão de Aposentadoria.

9. Disposições Finais

- 9.1** O Estipulante será responsável pelo recolhimento e destruição dos Cartões SulAmérica Saúde nos casos de desligamento dos Segurados ou após o cancelamento do seguro.
- 9.2** O Estipulante será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o desligamento do Segurado ou cancelamento do seguro, corrigidas pelo IGPM acumulado no período.

Sul América Seguro Saúde S.A.
Registro na ANS nº 000043

**Contrato N°
547 - 2**

Cláusula Adicional Assistência 24 Horas

1. Assistência 24 Horas

O SulAmérica Saúde coloca à disposição de seus Segurados, residentes e domiciliados no Brasil, no caso de doenças ou acidentes graves ocorridos fora do município de seu domicílio, e que impeçam sua locomoção, os serviços da Assistência 24 Horas descritos a seguir.

Os serviços da Assistência 24 Horas deverão ser, obrigatoriamente, solicitados à Central de Serviços SulAmérica Saúde, não cabendo em nenhuma hipótese, a utilização do sistema de livre escolha.

1.1 Serviços prestados no Brasil, para todos os planos de seguro disponíveis, e no Exterior, somente para os Segurados de planos Executivo e Máximo.

a) Remoção do Segurado

Se caso de doença ou acidente, após os primeiros-socorros terem sido prestados, for verificada a necessidade de remoção para hospital melhor equipado ou para o domicílio, a Assistência 24 Horas organizará os contatos entre sua equipe médica e o estabelecimento hospitalar em que o Segurado estiver para realizar a remoção.

Nenhum outro motivo, que não o da estrita conveniência médica poderá determinar a remoção do Segurado, bem como a escolha do meio de transporte. A remoção terá início após o recebimento da liberação formal e por escrito do médico responsável ou do serviço hospitalar do local onde o Segurado estiver hospitalizado.

Se a decisão médica for remover o Segurado para hospital melhor equipado, a Assistência 24 Horas contratará e assumirá as despesas com o traslado até o estabelecimento de saúde mais próximo, com infraestrutura adequada, cabendo ao familiar ou a quem solicitar o serviço, a reserva e a confirmação da disponibilidade de vaga no hospital de destino.

A remoção do Segurado será realizada com início a partir do estabelecimento hospitalar que prestou os primeiros-socorros. O trajeto até o hospital de destino, não poderá ser superior à distância entre o local do acidente e o município de residência do Segurado Titular.

As despesas médicas de hospitalização, diagnose, terapia e medicamentos, não cobertas pelo Seguro Saúde, correrão por conta do Segurado.

b) Retorno de acompanhantes

Caso o(s) acompanhante(s) do Segurado fique(m) impossibilitado(s) de retornar ao(s) seu(s) domicílio(s), pelo meio de transporte utilizado pelo Segurado, a Assistência 24 Horas providenciará e custeará o transporte para o retorno. Fica a critério da Assistência 24 Horas a escolha do transporte para este retorno, podendo ser de táxi, ônibus ou avião de linha regular.

c) Acompanhante em caso de hospitalização do Segurado, por período superior a 5 (cinco) dias.

Caso o Segurado fique hospitalizado por doença súbita ou acidente, por período superior a 5 (cinco) dias e encontre-se sozinho, vindo a necessitar de acompanhante, será fornecido transporte de ida e volta, por meio à escolha da Assistência 24 Horas, para que uma pessoa indicada pelo Segurado, que resida e encontre-se no Brasil, esteja presente durante o período de hospitalização.

O percurso coberto pela passagem não poderá ser superior à distância entre o domicílio do Segurado e o local em que ocorreu o evento.

d) Hospedagem do Acompanhante.

Se, em caso de doença súbita ou acidente, o Segurado for hospitalizado por período superior a 5 (cinco) dias e fizer jus ao serviço de Acompanhante, conforme item "c", anterior, a Assistência 24 Horas assumirá os gastos com a hospedagem desse acompanhante por até 5 (cinco) diárias improrrogáveis, iniciando após o 5º (quinto) dia de hospitalização do assistido.

O serviço de hospedagem limita-se ao pagamento da diária em quarto Standart, com café da manhã, não incluindo quaisquer despesas extras (frigobar, jornais, refeições, estacionamento, etc.), obedecendo ao limite máximo de R\$ 100 (cem Reais) por diária. A escolha do estabelecimento ficará a exclusivo critério da Assistência 24 Horas.

e) Prolongamento da Estada

Se, em caso de doença súbita ou acidente, e imediatamente após a alta hospitalar, for recomendada a permanência do Segurado na cidade de hospitalização, **por razões estritamente médicas**, motivando alteração da data de retorno de sua viagem, a Assistência 24 Horas providenciará hospedagem por até 5 (cinco) diárias improrrogáveis. A recomendação deverá ser justificada através de relatório do médico responsável e confirmada pela equipe médica da Assistência 24 Horas.

O serviço de hospedagem limita-se ao pagamento da diária em quarto Standart, com café da manhã, não incluindo quaisquer despesas extras (frigobar, jornais, adaptações nos cômodos, equipamento de home care, refeições, estacionamento, etc.), obedecendo ao limite máximo de R\$ 100 (cem Reais) por diária. A escolha do estabelecimento ficará a exclusivo critério da Assistência 24 Horas.

f) Remoção em caso de falecimento do Segurado

Se, em virtude de doença ou acidente, o Segurado vier a falecer, a Assistência 24 Horas arcará com as despesas do traslado do corpo até a cidade de seu

domicílio, estando incluído na remoção o fornecimento de urna simples, apropriada para o traslado.

O percurso de remoção não deverá ser superior à distância entre o local do evento e o município do domicílio do Segurado.

g) Retorno antecipado do Segurado ao seu domicílio

A Assistência 24 Horas fornecerá passagem de avião de linha regular, em classe econômica, ou de qualquer meio de transporte mais adequado, para que o Segurado retorne ao seu domicílio, caso tenha que interromper sua viagem, em razão de morte súbita do seu cônjuge, filhos, pais ou irmãos.

h) Bagagem

Se a bagagem do Segurado extraviar-se, durante o período em que estiver sob a responsabilidade da empresa de aviação, a Assistência 24 Horas não poupará esforços visando a sua recuperação.

Este serviço não prevê o pagamento de indenizações ou qualquer ressarcimento pela perda da bagagem ou seu conteúdo.

i) Motorista substituto no Brasil

Caso o Segurado fique impossibilitado de dirigir em razão de doença súbita ou acidente pessoal, segundo recomendação médica, e não haja acompanhante que possa fazê-lo, a Assistência 24 Horas providenciará um motorista para conduzir o veículo ao seu domicílio.

Esse serviço será prestado exclusivamente no Território Nacional, inclusive para os Segurados dos planos Executivo e Máximo e somente se o veículo do Segurado estiver em condições de trafegar, conforme exigências das normas oficiais de trânsito.

Correrão por conta da Assistência 24 Horas apenas a remuneração do motorista e suas respectivas despesas de alimentação e hospedagem, se necessário.

OBS: Este serviço não está previsto para veículos de carga, táxis, vans, pick-up, utilitários, ônibus, motos e veículos adaptados para deficientes.

j) Reembolso de tarifa por Passagem Perdida

Se, em caso de doença súbita ou acidente em viagem e por razões estritamente médicas, o Segurado for obrigado a alterar a data de retorno de sua viagem, possuindo bilhete aéreo com data ou limitação de regresso, a Assistência 24 Horas reembolsará as despesas referentes à diferença de tarifa.

O reembolso será efetuado ao Segurado, mediante comprovante de pagamento à empresa aérea e apresentação de laudo médico comprovando a impossibilidade de embarque na data prevista anteriormente.

1.2 Serviços prestados exclusivamente aos Segurados de planos Executivo e Máximo

a) Retorno do Exterior de filhos menores de 14 (quatorze) anos

Em caso de falecimento ou hospitalização do Segurado, a Assistência 24 Horas providenciará um acompanhante para o retorno dos filhos do Segurado,

menores de 14 (quatorze) anos, ao seu domicílio no Brasil, caso eles não estejam acompanhados de uma pessoa adulta.

b) Adiantamento para despesas médicas e hospitalares no Exterior

Se o Segurado precisar efetuar despesas médicas ou hospitalares, superiores a US\$ 100.00 (cem dólares norte-americanos), durante viagem ao Exterior, a Assistência 24 Horas adiantará o respectivo valor, até o limite de US\$ 10,000.00 (dez mil dólares norte-americanos).

O Segurado deverá assinar declaração comprometendo-se a reembolsar o adiantamento que for concedido, até 30 (trinta) dias após o seu regresso ao Brasil, sendo que, em qualquer caso, o pagamento deverá ser efetuado até 60 (sessenta) dias da data do adiantamento.

O reembolso será efetuado em reais, na quantia resultante da conversão pelo valor do dólar turismo do dia do reembolso.

c) Adiantamento para prestação de fiança ou caução penal

Se o Segurado, em caso de procedimento policial ou judicial iniciado no Exterior, decorrente de acidente de trânsito, for obrigado a prestar fiança ou caução penal para gozar de liberdade provisória, a Assistência 24 Horas adiantará o valor da fiança ou da caução penal, até US\$ 10,000.00 (dez mil dólares norte-americanos), desde que as despesas ultrapassem US\$ 100.00 (cem dólares norte-americanos).

O Segurado deverá assinar declaração comprometendo-se a reembolsar o adiantamento que for concedido, até 30 (trinta) dias após o seu regresso ao Brasil, sendo que, em qualquer caso, o pagamento deverá ser efetuado até 60 (sessenta) dias da data do adiantamento.

O reembolso será efetuado em reais, na quantia resultante da conversão pelo valor do dólar turismo do dia do reembolso.

d) Orientação em Caso de Perda de Documentos

Se o Segurado Titular, durante viagem pelo exterior, perder seus documentos, a Assistência 24 Horas o orientará sobre as providências a serem tomadas, fornecendo endereços, telefones e outras informações necessárias.

1.3 Delimitação dos Serviços Prestados

- a) Os transportes, remoções e viagens fornecidos não compreenderão distância superior à existente entre o domicílio do Segurado e o local de ocorrência do evento que tenha motivado o pedido de assistência.
- b) O serviço de retorno ao domicílio após alta hospitalar só será fornecido até 30 (trinta) dias após a alta médica, comprovada por liberação formal e por escrito do médico ou do serviço hospitalar responsável pelo atendimento do assistido.

1.4 Exclusões dos Serviços da Assistência 24 Horas

Os serviços da Assistência 24 Horas, anteriormente descritos, não serão prestados nos seguintes casos:

- a) Se a viagem tiver duração superior a 60 (sessenta) dias consecutivos; será obrigação do segurado comprovar a data da saída de seu domicílio se assim solicitado pela Assistência 24 Horas;
- b) Em razão de gravidez, salvo complicações imprevisíveis, e em qualquer caso, após 20 (vinte) semanas de gestação (confirmado pelo exame Ultrassonográfico);
- c) Serviço de retorno ao domicílio após 30 (trinta) da alta médica, comprovada por liberação formal e por escrito do Médico Assistente ou do serviço hospitalar responsável pelo atendimento do Segurado;
- d) Em virtude de convalescença e/ou infecção em curso de tratamentos não terminados;
- e) Recaída de doença anteriormente contraída, que comportava riscos de agravamento ou Segurados em curso de doença ativa, manifestada antes do início da viagem;
- f) Suicídio, tentativa de suicídio, duelo, rixa, alcoolismo, uso de tóxicos ou drogas não prescritas por médicos, bem como ato doloso praticado pelo Segurado;
- g) Alpinismo com escalada, caça a animais perigosos, uso de armas de fogo, pesca submarina, esportes perigosos, espeleologia, competição esportiva ou treino preparatório com veículos aéreos, terrestres e aquáticos;
- h) Não prestaremos atendimentos em países ou localidades em estado de guerra ou instabilidade política notória, guerra civil ou estrangeira, tumulto ou movimentos populares, greves, atos de terrorismo ou sabotagem, manifestações de radioatividade, bem como casos fortuitos ou de força maior;
- i) Viagens ou hospitalização para tratamento estético. Fica também excluída assistência para qualquer tipo de complicação, prevista ou não, resultante de exames realizados pelo segurado em viagem, salvo se em consequência de doença súbita ou acidente;
- j) Viagem contraindicada em razão do estado de conservação das vias e/ou dos meios de transporte, excesso de passageiros ou viagem para locais de difícil acesso e sem infraestrutura;
- k) Transportes, remoções e viagens com distância superior à existente entre o domicílio do Segurado e o local de ocorrência do evento que tenha motivado a solicitação do serviço;
- l) Viagens para fins de tratamento médico (consultas médicas, hospitalização, exames complementares, fisioterapia e etc). Fica também excluída assistência para qualquer tipo de complicação, prevista ou não, resultantes de exames realizados pelo segurado em viagem, salvo se em consequência de doença súbita ou acidente.

1.5 Responsabilidades

A Seguradora não se responsabilizará por serviços que não foram solicitados, ou que não tenham sido por ela prévia e expressamente autorizados, não respondendo, em hipótese nenhuma, por indenizações ou prejuízos que o terceiro contratado, diretamente, possa causar ao Segurado, seja a que título for.

2. Disposições Finais

Permanecem válidas todas as cláusulas e itens constantes da Apólice de Seguro de Assistência à Saúde, desde que não sejam conflitantes com o disposto nesta Cláusula Adicional.

A presente cláusula entrará em vigor a partir do início de vigência da Apólice de Seguro de Assistência à Saúde.

Sul América Seguro Saúde S.A.
Registro na ANS nº 000043

Contrato Nº
547 - 2

Cláusula Adicional de Remissão do Pagamento dos Prêmios

1. Objeto

Garantia aos Dependentes Remidos da continuidade no Seguro Saúde contratado pelo prazo de 5 (cinco) anos, desobrigados do pagamento dos Prêmios, em decorrência do falecimento do Segurado Titular.

2. Dependentes Remidos

2.1 Serão considerados como dependentes remidos exclusivamente o cônjuge ou companheiro(a), os filhos solteiros ou adotivos do Segurado Titular menores de 24 (vinte e quatro) anos ou inválidos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial, incluídos no Seguro até o dia anterior ao falecimento do Segurado Titular.

2.2 Não será admitida a inclusão de novos Segurados durante o período de Remissão do Pagamento dos Prêmios.

3. Carência

O direito à Remissão do Pagamento dos Prêmios será adquirido **após 180 (cento e oitenta) dias da data de início de vigência do Segurado**, exceto quando o falecimento for decorrente de Acidente Pessoal devidamente comprovado.

4. Direito à Remissão do Pagamento dos Prêmios

A Remissão do Pagamento dos Prêmios somente entrará em vigor se:

- a)** O falecimento do Segurado Titular ocorrer durante a vigência do Seguro;
- b)** O falecimento do Segurado Titular for decorrente de evento coberto pelo Seguro contratado;
- c)** O falecimento do Segurado Titular não for causado por Doença ou Lesão Pre-existente, ainda que submetida a cobertura parcial temporária - CPT;
- d)** O segurado titular tiver cumprido o prazo de carência previsto no seguro contratado para o evento causador de sua morte;
- e)** Existir vínculo concreto empregatício ou societário com o Estipulante na data do falecimento;
- f)** Todos os Prêmios Mensais anteriores à data do falecimento do Segurado titular estiverem quitados.

5. Comunicação à Seguradora

O Estipulante deverá comunicar o falecimento do Segurado Titular à Seguradora por escrito, em até 30 (trinta) dias da data do evento, anexando cópia da Certidão de Óbito.

6. Início de Vigência

O início de vigência da Remissão do Pagamento dos Prêmios será sempre o 1º (primeiro) dia do mês subsequente da comunicação formal à Seguradora do falecimento do Segurado Titular.

7. Cancelamento da Remissão do Pagamento dos Prêmios

A Remissão do Pagamento dos Prêmios estará automaticamente cancelada, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial e sem que caiba indenização, nas seguintes situações:

- a) Perda da condição de Dependente Remido;
- b) Decorridos os 05 (cinco) anos de Remissão do Pagamento dos Prêmios;
- c) Constatação de infrações ou fraudes praticas por qualquer Segurado Remido;
- d) Cancelamento do contrato principal de Seguro Saúde ao qual se vinculam os segurados remidos.

8. Disposições Finais

Permanecem válidas as demais cláusulas da Proposta de Seguro- Saúde, inclusive as relacionadas ao cumprimento dos prazos de carência, que não sejam conflitantes com o estabelecido nesta Cláusula de Remissão do Pagamento dos Prêmios.