

**Seguro Saúde
Coletivo Empresarial**

**Produto 930
Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia
Condições Gerais**

ANS - Nº 000043

0068.0146.0197

Índice

Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo Empresarial

Produto 930 Modalidade Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

- Proposta de Seguro - Estipulante

- Proposta de Seguro - Subestipulante

| | |
|---|----------|
| • Condições Gerais | 1 |
| 1 – Objeto do Seguro | 1 |
| 2 – Definições | 2 |
| 3 – Abrangência Geográfica do Seguro | 6 |
| 4 – Planos de Seguro | 7 |
| 5 – Coberturas e Procedimentos Garantidos | 8 |
| 6 – Exclusões de Coberturas | 13 |
| 7 – Carência | 15 |
| 8 – Reembolso | 16 |
| 9 – Rede Referenciada | 18 |
| 10 – Coparticipação | 19 |
| 11 – Validação Prévia de Procedimentos | 20 |
| 12 – Contratação do Seguro | 20 |
| 13 – Inclusão de Segurados | 20 |
| 14 – Prêmios | 21 |
| 15 – Reajustes do Prêmio do Seguro | 22 |
| 16 – Variação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária | 23 |
| 17 – Exclusão do Segurado | 24 |
| 18 – Extensão de Cobertura Assistencial | 25 |
| 19 – Vigência e Condições de Renovação Automática | 26 |
| 20 – Cancelamento Antecipado | 27 |
| 21 – Cancelamento do Seguro | 28 |
| 22 – Divergências Médicas | 28 |
| 23 – Sigilo Médico | 29 |
| 24 – Foro | 29 |

Nº do Estudo _____

Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia - 930

Informações Cadastrais

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|---------|------------------------------------|--|-----------|-----------------------|----------------------------------|--|------------------------|--|--|
| 01-Razão Social do Estipulante | | | | | | | | | | | | |
| 02-Nome Fantasia | | | | | | | | | | | | |
| 03-Ramo de Atividade | | | 04-CNPJ | | | DV | 05-Inscrição Estadual | | | 06-Inscrição Municipal | | |
| 07-Endereço | | | | | | 08-Número | | 09-Complemento | | 10-Município | | |
| 11-Bairro | | | | 12-CEP | | | 13-UF | 14-DDD-Fone | | 15-Fax | | |
| 16-Endereço de Cobrança | | | | | | 17-Número | | 18-Complemento | | 19-Município | | |
| 20-Bairro | | | | 21-CEP | | | 22-UF | 23-DDD-Fone | | 24-Fax | | |
| 25-Nome do Responsável/Contato | | | | | | | | | | | | |
| 26-Cargo do Responsável/Contato | | | | 27-Telefone do Responsável/Contato | | | | 28-E-mail do Responsável/Contato | | | | |

Opções de Contratação

| | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------|--------------------|--|--|-------------------------|------------------------------------|-----------|----------------------|-------------------------------------|----------|---------|
| 29-Grupo Segurável (Assinalar uma ou mais opções) | | | | | | 30-Total de Vidas Ativas | | | 31-Total de Demitidos e Aposentados | | |
| Sócios | Administradores/Diretores | | Estagiários | | Aprendizes | | | | | | |
| Empregados | Dependentes | | Demitidos e Aposentados | | | | | | | | |
| 32-Cobrança ao demitido/ aposentado direto pela seguradora | | | 33-Coparticipação (Consultas/ Exames Simples) Informar o percentual desejado | | | 34-Planos e Abrangência Geográfica | | | | | |
| sim | não | | | | | Estilo I | Estilo II | Prata | Diamante | Platinum | Maximum |
| | | | | | % | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| | | | | | | 07 | 08 | | | | |
| 35-Remissão | | 36-Vigência Mínima | | | 37-Relação de Segurados | | | 38-Emissão da Fatura | | | |
| sim | não | 12 meses | 24 meses | | Alfabética | Matrícula | Setor | Internet | Papel | | |

Categorias Profissionais e Planos

| 39-Categorias Funcionais | | 40-Região (Ab. Geográfica) | 41-Plano | 42-Cód. Plano Uso da Seguradora |
|--------------------------|--|----------------------------|----------|---------------------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior

Importante: Na existência de plano anterior, preencher os campos abaixo e anexar cópia da última relação de beneficiários e da última fatura quitada.

| | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--------------------------|--|--|--------------------------------|---|---|
| 43-Nome do Plano de Origem | | | 44-Contrato de Origem Nº | | | 45-Vigência do Plano de Origem | | |
| | | | | | | De | / | / |
| | | | | | | Até | / | / |

Informações sobre o Corretor

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--------|-----------------------------|-------------|--|------------------|-----------------|-------------------|--|-----------------|--|
| 46-Nome do(a) Corretor(a) | | | | | | | | | | | |
| 47-Código SUSEP | | | | 48-DDD-Fone | | | | 49-E-mail | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 50-Estrutura de Apoio | | 51-UOP | 52-Estrutura de Venda/Grade | | | 53-Ação de Apoio | 54-Pró-Labore % | 55-Agenciamento % | | 56-Corretagem % | |
| | | | | | | | | | | | |

Uso Exclusivo da Seguradora

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--------------------------|--|--|-------------|--|--|-----------------|---|-----------------------|--|
| 57-Cód. Empresa | | | 58-Apólice/Desdobramento | | | 59-Sucursal | | | 60-US Reembolso | | 61-Início de Vigência | |
| | | | | | | | | | | / | / | |

É obrigatório assinar frente e verso desta proposta.

| | | | | | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|--|------------------------------------|--|--|--|--|
| Local e Data | | | Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo | | | | Assinatura do Corretor sob Carimbo | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Protocolo

Protocolo

Protocolo

Declarações do Estipulante

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

1. Temos conhecimento da existência do SulAmérica Saúde - Plano Referência, acomodação em enfermaria, instituído pela Lei n.º 9656/98, e que este me foi oferecido;
2. Temos ciência e estamos de acordo que a Região ora contratada determina a Abrangência Geográfica do Seguro, conforme tabela abaixo:

| | |
|----|--|
| 01 | Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina |
| 02 | São Paulo |
| 03 | Espírito Santo e Rio de Janeiro |
| 04 | Minas Gerais |
| 05 | Distrito Federal, Goiás e Tocantins |
| 06 | Bahia e Sergipe |
| 07 | Alagoas, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte |
| 08 | Acre, Amapá, Amazonas, Ceará, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Piauí, Rondônia e Roraima |

3. Estamos cientes e de acordo que ao optarmos pelo plano Platinum ou Maximum a Abrangência Geográfica do Seguro compreenderá todas as Regiões, tornando-se Nacional;
4. As informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“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 pagamento do prêmio vencido”**;
5. A SulAmérica entregou por meio eletrônico o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o qual foi lido e entendido, que nos orientou para a correta contratação do Seguro. O Guia de Leitura Contratual - GLC, será entregue também por meio eletrônico, por ocasião do envio do cartão de identificação;
6. A presente declaração é parte integrante das Condições Gerais e Particulares do Seguro Saúde, as quais foram recebidas, integralmente lidas, entendidas e aceitas sem qualquer restrição aos seus conteúdos, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura.

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo

Assinatura do Corretor sob Carimbo

Nº do Estudo

Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia - 930

Informações Cadastrais

01-Razão Social do Estipulante

02-Nome Fantasia

03-Ramo de Atividade

04-CNPJ

DV

05-Inscrição Estadual

06-Inscrição Municipal

07-Endereço

08-Número

09-Complemento

10-Município

11-Bairro

12-CEP

13-UF

14-DDD-Fone

15-Fax

16-Endereço de Cobrança

17-Número

18-Complemento

19-Município

20-Bairro

21-CEP

22-UF

23-DDD-Fone

24-Fax

25-Nome do Responsável/Contato

26-Cargo do Responsável/Contato

27-Telefone do Responsável/Contato

28-E-mail do Responsável/Contato

Opções de Contratação

29-Grupo Segurável (Assinalar uma ou mais opções)

Sócios Administradores/Diretores Estagiários Aprendizizes

Empregados Dependentes Demitidos e Aposentados

30-Total de Vidas Ativas

31-Total de Demitidos e Aposentados

32-Cobrança ao demitido/ aposentado direto pela seguradora
 sim não

33-Coparticipação (Consultas/ Exames Simples) Informar o percentual desejado %

34-Planos e Abrangência Geográfica
 Estilo I Estilo II Prata Diamante Platínio Maximum
 Região - Abrangência Geográfica
 01 02 03 04 05 06 07 08

35-Remissão

sim não

36-Vigência Mínima

12 meses 24 meses

37-Relação de Segurados

Alfabética Matrícula Setor

38-Emissão da Fatura

Internet Papel

Categorias Profissionais e Planos

39-Categorias Funcionais

40-Região (Ab. Geográfica)

41-Plano

42-Cód. Plano Uso da Seguradora

1
2
3
4
5
6

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior

Importante: Na existência de plano anterior, preencher os campos abaixo e anexar cópia da última relação de beneficiários e da última fatura quitada.

43-Nome do Plano de Origem

44-Contrato de Origem Nº

45-Vigência do Plano de Origem
 De / / Até / /

Informações sobre o Corretor

46-Nome do(a) Corretor(a)

47-Código SUSEP

48-DDD-Fone

49-E-mail

50-Estrutura de Apoio

51-UOP

52-Estrutura de Venda/Grade

53-Ação de Apoio

54-Pró-Labore %

55-Agenciamento %

56-Corretagem %

Uso Exclusivo da Seguradora

57-Cód. Empresa

58-Apólice/Desdobramento

59-Sucursal

60-US Reembolso

61-Início de Vigência
 / /

É obrigatório assinar frente e verso desta proposta.

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo

Assinatura do Corretor sob Carimbo

Protocolo

Protocolo

Protocolo

Declarações do Estipulante

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

1. Temos conhecimento da existência do SulAmérica Saúde - Plano Referência, acomodação em enfermaria, instituído pela Lei n.º 9656/98, e que este me foi oferecido;
2. Temos ciência e estamos de acordo que a Região ora contratada determina a Abrangência Geográfica do Seguro, conforme tabela abaixo:

| | |
|----|--|
| 01 | Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina |
| 02 | São Paulo |
| 03 | Espírito Santo e Rio de Janeiro |
| 04 | Minas Gerais |
| 05 | Distrito Federal, Goiás e Tocantins |
| 06 | Bahia e Sergipe |
| 07 | Alagoas, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte |
| 08 | Acre, Amapá, Amazonas, Ceará, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Piauí, Rondônia e Roraima |

3. Estamos cientes e de acordo que ao optarmos pelo plano Platinum ou Maximum a Abrangência Geográfica do Seguro compreenderá todas as Regiões, tornando-se Nacional;
4. As informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“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 pagamento do prêmio vencido”**;
5. A SulAmérica entregou por meio eletrônico o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o qual foi lido e entendido, que nos orientou para a correta contratação do Seguro. O Guia de Leitura Contratual - GLC, será entregue também por meio eletrônico, por ocasião do envio do cartão de identificação;
6. A presente declaração é parte integrante das Condições Gerais e Particulares do Seguro Saúde, as quais foram recebidas, integralmente lidas, entendidas e aceitas sem qualquer restrição aos seus conteúdos, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura.

| | | |
|--------------|--|------------------------------------|
| Local e Data | Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo | Assinatura do Corretor sob Carimbo |
|--------------|--|------------------------------------|

Nº do Estudo

Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia - 930

Informações Cadastrais

01-Razão Social do Estipulante

02-Nome Fantasia

03-Ramo de Atividade 04-CNPJ DV 05-Inscrição Estadual 06-Inscrição Municipal

07-Endereço 08-Número 09-Complemento 10-Município

11-Bairro 12-CEP 13-UF 14-DDD-Fone 15-Fax

16-Endereço de Cobrança 17-Número 18-Complemento 19-Município

20-Bairro 21-CEP 22-UF 23-DDD-Fone 24-Fax

25-Nome do Responsável/Contato

26-Cargo do Responsável/Contato 27-Telefone do Responsável/Contato 28-E-mail do Responsável/Contato

Opções de Contratação

29-Grupo Segurável (Assinalar uma ou mais opções)

Sócios Administradores/Diretores Estagiários Aprendizes

Empregados Dependentes Demitidos e Aposentados

30-Total de Vidas Ativas

31-Total de Demitidos e Aposentados

32-Cobrança ao demitido/ aposentado direto pela seguradora
 sim não

33-Coparticipação (Consultas/ Exames Simples) Informar o percentual desejado %

34-Planos e Abrangência Geográfica
 Estilo I Estilo II Prata Diamante Platínio Maximum
 Região - Abrangência Geográfica
 01 02 03 04 05 06 07 08

35-Remissão
 sim não

36-Vigência Mínima
 12 meses 24 meses

37-Relação de Segurados
 Alfabética Matrícula Setor

38-Emissão da Fatura
 Internet Papel

Categorias Profissionais e Planos

39-Categorias Funcionais

40-Região (Ab. Geográfica)

41-Plano

42-Cód. Plano Uso da Seguradora

1
2
3
4
5
6

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior

Importante: Na existência de plano anterior, preencher os campos abaixo e anexar cópia da última relação de beneficiários e da última fatura quitada.

43-Nome do Plano de Origem

44-Contrato de Origem Nº

45-Vigência do Plano de Origem
 De / / Até / /

Informações sobre o Corretor

46-Nome do(a) Corretor(a)

47-Código SUSEP

48-DDD-Fone

49-E-mail

50-Estrutura de Apoio 51-UOP 52-Estrutura de Venda/Grade 53-Ação de Apoio 54-Pró-Labore % 55-Agenciamento % 56-Corretagem %

Uso Exclusivo da Seguradora

57-Cód. Empresa

58-Apólice/Desdobramento

59-Sucursal

60-US Reembolso

61-Início de Vigência
 / /

É obrigatório assinar frente e verso desta proposta.

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo

Assinatura do Corretor sob Carimbo

Declarações do Estipulante

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

1. Temos conhecimento da existência do SulAmérica Saúde - Plano Referência, acomodação em enfermaria, instituído pela Lei n.º 9656/98, e que este me foi oferecido;
2. Temos ciência e estamos de acordo que a Região ora contratada determina a Abrangência Geográfica do Seguro, conforme tabela abaixo:

| | |
|----|--|
| 01 | Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina |
| 02 | São Paulo |
| 03 | Espírito Santo e Rio de Janeiro |
| 04 | Minas Gerais |
| 05 | Distrito Federal, Goiás e Tocantins |
| 06 | Bahia e Sergipe |
| 07 | Alagoas, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte |
| 08 | Acre, Amapá, Amazonas, Ceará, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Piauí, Rondônia e Roraima |

3. Estamos cientes e de acordo que ao optarmos pelo plano Platinum ou Maximum a Abrangência Geográfica do Seguro compreenderá todas as Regiões, tornando-se Nacional;
4. As informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“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 pagamento do prêmio vencido”**;
5. A SulAmérica entregou por meio eletrônico o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o qual foi lido e entendido, que nos orientou para a correta contratação do Seguro. O Guia de Leitura Contratual - GLC, será entregue também por meio eletrônico, por ocasião do envio do cartão de identificação;
6. A presente declaração é parte integrante das Condições Gerais e Particulares do Seguro Saúde, as quais foram recebidas, integralmente lidas, entendidas e aceitas sem qualquer restrição aos seus conteúdos, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura.

| | | |
|--------------|--|------------------------------------|
| Local e Data | Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo | Assinatura do Corretor sob Carimbo |
|--------------|--|------------------------------------|

Nº do Estudo _____

Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia - 930

Informações Cadastrais

01-Razão Social do Estipulante _____

02-Nome Fantasia _____

03-Ramo de Atividade | 04-CNPJ | DV | 05-Inscrição Estadual | 06-Inscrição Municipal

07-Endereço | 08-Número | 09-Complemento | 10-Município

11-Bairro | 12-CEP | 13-UF | 14-DDD-Fone | 15-Fax

16-Endereço de Cobrança | 17-Número | 18-Complemento | 19-Município

20-Bairro | 21-CEP | 22-UF | 23-DDD-Fone | 24-Fax

25-Nome do Responsável/Contato _____

26-Cargo do Responsável/Contato | 27-Telefone do Responsável/Contato | 28-E-mail do Responsável/Contato

29-Total de Vidas Ativas | 30-Total de Demitidos e Aposentados | 31-Relação de Segurados
 | | Alfabética | | Matrícula | | Setor

32-Emissão da Fatura | 33-Coparticipação (Consultas/Exames Simples) Informar o percentual | 34-Remissão
 | | Internet | | Papel | desejado _____ % | | sim | | não

Categorias Profissionais e Planos

| 35-Categorias Funcionais | 36-Região (Ab. Geográfica) | 37-Plano | 38-Cód. Plano Uso da Seguradora |
|--------------------------|----------------------------|----------|---------------------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior

Importante: Na existência de plano anterior, preencher os campos abaixo e anexar cópia da última relação de beneficiários e da última fatura quitada.

39-Nome do Plano de Origem | 40-Contrato de Origem Nº | 41-Vigência do Plano de Origem
 De / / Até / /

Informações sobre o Corretor

42-Nome do(a) Corretor(a) _____

43-Código SUSEP | 44-DDD-Fone | 45-E-mail

46-Estrutura de Apoio | 47-UOP | 48-Estrutura de Venda/Grade | 49-Ação de Apoio | 50-Pró-Labore % | 51-Agenciamento % | 52-Corretagem %

Uso Exclusivo da Seguradora

53-Cód. Empresa | 54-Apólice/Desdobramento | 55-Sucursal | 56-US - Reembolso | 57-Início de Vigência
 / /

É obrigatório assinar frente e verso desta proposta.

Local e Data | Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo | Assinatura do Representante da Empresa Principal sob Carimbo | Assinatura do Corretor sob Carimbo

Protocolo

Declarações do Estipulante

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

1. Temos conhecimento da existência do SulAmérica Saúde - Plano Referência, acomodação em enfermaria, instituído pela Lei n.º 9656/98, e que este me foi oferecido;
2. Temos ciência e estamos de acordo que a Região ora contratada determina a Abrangência Geográfica do Seguro, conforme tabela abaixo:

| | |
|----|--|
| 01 | Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina |
| 02 | São Paulo |
| 03 | Espírito Santo e Rio de Janeiro |
| 04 | Minas Gerais |
| 05 | Distrito Federal, Goiás e Tocantins |
| 06 | Bahia e Sergipe |
| 07 | Alagoas, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte |
| 08 | Acre, Amapá, Amazonas, Ceará, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Piauí, Rondônia e Roraima |

3. Estamos cientes e de acordo que ao optarmos pelo plano Platinum ou Maximum a Abrangência Geográfica do Seguro compreenderá todas as Regiões, tornando-se Nacional;
4. As informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“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 pagamento do prêmio vencido”**;
5. A SulAmérica entregou por meio eletrônico o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o qual foi lido e entendido, que nos orientou para a correta contratação do Seguro. O Guia de Leitura Contratual - GLC, será entregue também por meio eletrônico, por ocasião do envio do cartão de identificação;
6. A presente declaração é parte integrante das Condições Gerais e Particulares do Seguro Saúde, as quais foram recebidas, integralmente lidas, entendidas e aceitas sem qualquer restrição aos seus conteúdos, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura.

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo

Assinatura do Representante da Empresa Principal sob Carimbo

Assinatura do Corretor sob Carimbo

Nº do Estudo _____

Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia - 930

Informações Cadastrais

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|-------|-------------------------------------|--|--|-----------|-------------------------|----------------------------------|-----------|--------------|------------------------|--|
| 01-Razão Social do Estipulante | | | | | | | | | | | | |
| 02-Nome Fantasia | | | | | | | | | | | | |
| 03-Ramo de Atividade | | | | 04-CNPJ | | DV | 05-Inscrição Estadual | | | | 06-Inscrição Municipal | |
| 07-Endereço | | | | | | 08-Número | | 09-Complemento | | 10-Município | | |
| 11-Bairro | | | | 12-CEP | | 13-UF | 14-DDD-Fone | | 15-Fax | | | |
| 16-Endereço de Cobrança | | | | | | 17-Número | | 18-Complemento | | 19-Município | | |
| 20-Bairro | | | | 21-CEP | | 22-UF | 23-DDD-Fone | | 24-Fax | | | |
| 25-Nome do Responsável/Contato | | | | | | | | | | | | |
| 26-Cargo do Responsável/Contato | | | | 27-Telefone do Responsável/Contato | | | | 28-E-mail do Responsável/Contato | | | | |
| 29-Total de Vidas Ativas | | | 30-Total de Demitidos e Aposentados | | | | 31-Relação de Segurados | | | | | |
| | | | | | | | Alfabética | | Matrícula | | Setor | |
| 32-Emissão da Fatura | | | | 33-Coparticipação (Consultas/Exames Simples) Informar o percentual | | | | 34-Remissão | | | | |
| Internet | | Papel | | desejado _____ % | | | | sim | | não | | |

Categorias Profissionais e Planos

| 35-Categorias Funcionais | 36-Região (Ab. Geográfica) | 37-Plano | 38-Cód. Plano Uso da Seguradora |
|--------------------------|----------------------------|----------|---------------------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior

Importante: Na existência de plano anterior, preencher os campos abaixo e anexar cópia da última relação de beneficiários e da última fatura quitada.

| | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--------------------------|--|--|--------------------------------|--|---------|
| 39-Nome do Plano de Origem | | | 40-Contrato de Origem Nº | | | 41-Vigência do Plano de Origem | | |
| | | | | | | De / / | | Até / / |

Informações sobre o Corretor

| | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--------|-----------------------------|-------------|------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| 42-Nome do(a) Corretor(a) | | | | | | | | |
| 43-Código SUSEP | | | | 44-DDD-Fone | | 45-E-mail | | |
| 46-Estrutura de Apoio | | 47-UOP | 48-Estrutura de Venda/Grade | | 49-Ação de Apoio | 50-Pró-Labore % | 51-Agenciamento % | 52-Corretagem % |

Uso Exclusivo da Seguradora

| | | | | | | | | | |
|-----------------|--|--------------------------|--|-------------|--|-------------------|--|-----------------------|--|
| 53-Cód. Empresa | | 54-Apólice/Desdobramento | | 55-Sucursal | | 56-US - Reembolso | | 57-Início de Vigência | |
| | | | | | | | | / / | |

É obrigatório assinar frente e verso desta proposta.

| | | | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|--|------------------------------------|--|--|
| Local e Data | Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo | | | Assinatura do Representante da Empresa Principal sob Carimbo | | | Assinatura do Corretor sob Carimbo | | |
|--------------|--|--|--|--|--|--|------------------------------------|--|--|

Protocolo

Declarações do Estipulante

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

1. Temos conhecimento da existência do SulAmérica Saúde - Plano Referência, acomodação em enfermaria, instituído pela Lei n.º 9656/98, e que este me foi oferecido;
2. Temos ciência e estamos de acordo que a Região ora contratada determina a Abrangência Geográfica do Seguro, conforme tabela abaixo:

| | |
|----|--|
| 01 | Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina |
| 02 | São Paulo |
| 03 | Espírito Santo e Rio de Janeiro |
| 04 | Minas Gerais |
| 05 | Distrito Federal, Goiás e Tocantins |
| 06 | Bahia e Sergipe |
| 07 | Alagoas, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte |
| 08 | Acre, Amapá, Amazonas, Ceará, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Piauí, Rondônia e Roraima |

3. Estamos cientes e de acordo que ao optarmos pelo plano Platinum ou Maximum a Abrangência Geográfica do Seguro compreenderá todas as Regiões, tornando-se Nacional;
4. As informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“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 pagamento do prêmio vencido”**;
5. A SulAmérica entregou por meio eletrônico o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o qual foi lido e entendido, que nos orientou para a correta contratação do Seguro. O Guia de Leitura Contratual - GLC, será entregue também por meio eletrônico, por ocasião do envio do cartão de identificação;
6. A presente declaração é parte integrante das Condições Gerais e Particulares do Seguro Saúde, as quais foram recebidas, integralmente lidas, entendidas e aceitas sem qualquer restrição aos seus conteúdos, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura.

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo

Assinatura do Representante da Empresa Principal sob Carimbo

Assinatura do Corretor sob Carimbo

Nº do Estudo _____

Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia - 930

Informações Cadastrais

01-Razão Social do Estipulante

02-Nome Fantasia

03-Ramo de Atividade 04-CNPJ DV 05-Inscrição Estadual 06-Inscrição Municipal

07-Endereço 08-Número 09-Complemento 10-Município

11-Bairro 12-CEP 13-UF 14-DDD-Fone 15-Fax

16-Endereço de Cobrança 17-Número 18-Complemento 19-Município

20-Bairro 21-CEP 22-UF 23-DDD-Fone 24-Fax

25-Nome do Responsável/Contato

26-Cargo do Responsável/Contato 27-Telefone do Responsável/Contato 28-E-mail do Responsável/Contato

29-Total de Vidas Ativas 30-Total de Demitidos e Aposentados 31-Relação de Segurados
 | | Alfabética | | Matrícula | | Setor

32-Emissão da Fatura 33-Coparticipação (Consultas/Exames Simples) Informar o percentual 34-Remissão
 | | Internet | | Papel desejado _____% | | sim | | não

Categorias Profissionais e Planos

| 35-Categorias Funcionais | 36-Região (Ab. Geográfica) | 37-Plano | 38-Cód. Plano Uso da Seguradora |
|--------------------------|----------------------------|----------|---------------------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior

Importante: Na existência de plano anterior, preencher os campos abaixo e anexar cópia da última relação de beneficiários e da última fatura quitada.

39-Nome do Plano de Origem 40-Contrato de Origem Nº 41-Vigência do Plano de Origem
 De / / Até / /

Informações sobre o Corretor

42-Nome do(a) Corretor(a)

43-Código SUSEP 44-DDD-Fone 45-E-mail

46-Estrutura de Apoio 47-UOP 48-Estrutura de Venda/Grade 49-Ação de Apoio 50-Pró-Labore % 51-Agenciamento % 52-Corretagem %

Uso Exclusivo da Seguradora

53-Cód. Empresa 54-Apólice/Desdobramento 55-Sucursal 56-US - Reembolso 57-Início de Vigência
 / /

É obrigatório assinar frente e verso desta proposta.

Local e Data Assinatura do Representante da Empresa Assinatura do Representante da Empresa Assinatura do Corretor
 sob Carimbo Principal sob Carimbo sob Carimbo

Protocolo

Protocolo

Protocolo

Declarações do Estipulante

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

1. Temos conhecimento da existência do SulAmérica Saúde - Plano Referência, acomodação em enfermaria, instituído pela Lei n.º 9656/98, e que este me foi oferecido;
2. Temos ciência e estamos de acordo que a Região ora contratada determina a Abrangência Geográfica do Seguro, conforme tabela abaixo:

| | |
|----|--|
| 01 | Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina |
| 02 | São Paulo |
| 03 | Espírito Santo e Rio de Janeiro |
| 04 | Minas Gerais |
| 05 | Distrito Federal, Goiás e Tocantins |
| 06 | Bahia e Sergipe |
| 07 | Alagoas, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte |
| 08 | Acre, Amapá, Amazonas, Ceará, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Piauí, Rondônia e Roraima |

3. Estamos cientes e de acordo que ao optarmos pelo plano Platinum ou Maximum a Abrangência Geográfica do Seguro compreenderá todas as Regiões, tornando-se Nacional;
4. As informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“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 pagamento do prêmio vencido”**;
5. A SulAmérica entregou por meio eletrônico o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o qual foi lido e entendido, que nos orientou para a correta contratação do Seguro. O Guia de Leitura Contratual - GLC, será entregue também por meio eletrônico, por ocasião do envio do cartão de identificação;
6. A presente declaração é parte integrante das Condições Gerais e Particulares do Seguro Saúde, as quais foram recebidas, integralmente lidas, entendidas e aceitas sem qualquer restrição aos seus conteúdos, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura.

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo

Assinatura do Representante da Empresa Principal sob Carimbo

Assinatura do Corretor sob Carimbo

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

Apólice

Estipulante

Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo Empresarial

Produto 930

Modalidade Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

1. Objeto do Seguro

Serão reembolsadas ao Segurado ou efetuado o pagamento, 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 nas Cláusulas **Planos de Seguro e Abrangência Geográfica do Seguro**.

1.3 Tipo de Contratação

O Seguro Saúde SulAmérica tem, como tipo de contratação de que tratam as Resoluções Normativas n.º 195/2009, 200/2009 e 204/2009, 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 e 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 do Segurado Titular, menores de 24 (vinte e quatro) anos ou inválidos. 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 da contratação do seguro.

2.16 Emergência

Evento que implique em risco imediato de vida 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 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 a 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 Planos 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 com o Estipulante, 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, respeitando a abrangência geográfica 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 empregatício, bem como o sócio, o administrador/diretor, o estagiário e o aprendiz, devidamente incluída no seguro, responsável pelas informações prestadas no Cartão Proposta.

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 Subestipulante

Pessoa jurídica que, direta ou indiretamente, controle o Estipulante, ou que, direta ou indiretamente, seja controlada pelo Estipulante, ou, ainda, esteja sob o controle, direto ou indireto, da(s) mesma(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) que controle(m) o Estipulante.

2.37 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 a todos os segurados no web site sulamerica.com.br/saudeonline de acordo com a segmentação **Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**.

2.38 Urgência

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

2.39 Validação Prévia de Procedimentos

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

3. Abrangência Geográfica do Seguro

A Região indicada pelo Estipulante na Proposta de Seguro determinará a Abrangência Geográfica disponibilizada para atendimento médico-hospitalar dos Segurados, e está definida com base na Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação, conforme demonstração no quadro a seguir:

| Região | Abrangência Geográfica | Estado(s) |
|---------------|-------------------------------|---|
| 01 | Grupo de Estados | Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina |
| 02 | Estadual | São Paulo |
| 03 | Grupo de Estados | Espírito Santo e Rio de Janeiro |
| 04 | Estadual | Minas Gerais |
| 05 | Grupo de Estados | Distrito Federal, Goiás e Tocantins |
| 06 | Grupo de Estados | Bahia e Sergipe |
| 07 | Grupo de Estados | Alagoas, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte |
| 08 | Grupo de Estados | Acre, Amapá, Amazonas, Ceará, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Piauí, Rondônia e Roraima |

4. Planos de Seguro

4.1 O Estipulante poderá eleger, na contratação do seguro, um ou mais planos, entre as opções existentes.

4.2 Os planos de seguro oferecidos para contratação são:

| Planos | Padrão de Acomodação | Abrangência Geográfica(*) | Registro ANS |
|---------------|-----------------------------|----------------------------------|---------------------|
| Estilo I | Enfermaria | Região 01 | 438386029 |
| Estilo II | Quarto Privativo | Região 01 | 438387027 |
| Prata | Quarto Privativo | Região 01 | 438388025 |
| Diamante | Quarto Privativo | Região 01 | 438389023 |
| Estilo I | Enfermaria | Região 02 | 438402024 |
| Estilo II | Quarto Privativo | Região 02 | 438403022 |
| Prata | Quarto Privativo | Região 02 | 438404021 |
| Diamante | Quarto Privativo | Região 02 | 438405029 |
| Estilo I | Enfermaria | Região 03 | 438418021 |
| Estilo II | Quarto Privativo | Região 03 | 438419029 |
| Prata | Quarto Privativo | Região 03 | 438420022 |
| Diamante | Quarto Privativo | Região 03 | 438421021 |
| Estilo I | Enfermaria | Região 04 | 438443021 |
| Estilo II | Quarto Privativo | Região 04 | 438444020 |
| Prata | Quarto Privativo | Região 04 | 438445028 |
| Diamante | Quarto Privativo | Região 04 | 438446026 |
| Estilo I | Enfermaria | Região 05 | 438459028 |
| Estilo II | Quarto Privativo | Região 05 | 438460021 |
| Prata | Quarto Privativo | Região 05 | 438461020 |
| Diamante | Quarto Privativo | Região 05 | 438462028 |
| Estilo I | Enfermaria | Região 06 | 438490023 |
| Estilo II | Quarto Privativo | Região 06 | 438491021 |
| Prata | Quarto Privativo | Região 06 | 438492020 |
| Diamante | Quarto Privativo | Região 06 | 438493028 |
| Estilo I | Enfermaria | Região 07 | 438506023 |
| Estilo II | Quarto Privativo | Região 07 | 438507021 |
| Prata | Quarto Privativo | Região 07 | 438508020 |
| Diamante | Quarto Privativo | Região 07 | 438509028 |
| Estilo I | Enfermaria | Região 08 | 438522025 |
| Estilo II | Quarto Privativo | Região 08 | 438523023 |
| Prata | Quarto Privativo | Região 08 | 438524021 |
| Diamante | Quarto Privativo | Região 08 | 438525020 |
| Platinum | Quarto Privativo | Nacional | 438534029 |
| Maximum | Quarto Privativo | Nacional | 438534029 |

(*) A abrangência geográfica diferencia-se por região. Os Estados que compõem cada região estão relacionados na cláusula anterior.

- 4.3** Os segurados dos planos Estilo II, Prata, Diamante, Platinum e Maximum, serão acomodados em quartos privativos e os Segurados do plano Estilo I serão acomodados em enfermaria.
- 4.4** O plano dos Dependentes Segurados será sempre o mesmo do Segurado Titular.
- 4.5** Para os Segurados com acomodação hospitalar em enfermaria, nos casos de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos referenciados, é garantido o acesso a acomodação em nível superior sem ônus adicional, conforme determina o art. 33 da Lei nº 9.656/98.

5. Coberturas e Procedimentos Garantidos

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

5.1 Cobertura Ambulatorial

5.1.1 Emergências e/ou Urgências

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

5.1.2 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.

5.1.2.1 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.

5.1.2.2 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.

5.1.2.3 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.

5.1.2.4 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.

5.1.3 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.

5.1.4 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.

5.1.5 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.

5.2 Internações Hospitalares

Coberturas 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:

- 5.2.1** 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;
- 5.2.2** Cirurgia Buco Maxilo Facial que necessite de ambiente Hospitalar;
- 5.2.3** **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;**
- 5.2.4** **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. |

5.2.5 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.

5.2.6 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.

5.2.7 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 rouparia) 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.

5.2.8 Medicamentos e Materiais Cirúrgicos

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

5.2.9 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.

5.3 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.**

5.4 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.

5.4.1 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 a continuidade de do atendimento.

5.4.2 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.

5.4.3 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.

5.5 Transplantes de Órgãos

Transplante 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.

5.5.1 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.

5.6 Cobertura Parcial Temporária para Doenças e Lesões Preexistentes

Os segurados com doenças e/ou lesões preexistentes declaradas e suas consequências, estarão sujeitos a Cobertura Parcial Temporária.

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

5.6.2 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.

5.6.3 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.

5.6.4 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.

5.6.5 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.

5.6.6 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.

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

5.6.7 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.

5.6.7.1 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.

5.6.7.2 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.

5.6.8 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.

6. Exclusões de Coberturas

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

6.1 Tratamento médico e/ou hospitalar decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

6.2 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;

- 6.3 **Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e tratamentos cirúrgicos para alterações do corpo;**
- 6.4 **Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética;**
- 6.5 **Aparelhos ortopédicos;**
- 6.6 **Enfermagem particular, seja em hospital ou residência, assistência domiciliar de qualquer natureza, consultas domiciliares, fisioterapia ou fonoaudiologia domiciliar e *Home Care*, mesmo que as condições de saúde do Segurado exijam cuidados especiais ou extraordinários;**
- 6.7 **Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e quaisquer outros procedimentos de Medicina Ortomolecular;**
- 6.8 **Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social;**
- 6.9 **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;**
- 6.10 **Curativos, materiais e medicamentos de qualquer natureza ministrados ou utilizados fora do atendimento ambulatorial ou regime de internação hospitalar, ou seja, em domicílio;**
- 6.11 **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;**
- 6.12 **Vacinas e autovacinas;**
- 6.13 **Inseminação artificial;**
- 6.14 **Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;**
- 6.15 **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;**
- 6.16 **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.;**

- 6.17 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;
- 6.18 Tratamentos experimentais de caráter clínico ou tratamento cirúrgico;
- 6.19 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;
- 6.20 Quaisquer despesas médicas com possíveis candidatos à doação de órgãos para a realização de transplantes;
- 6.21 Despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo Médico assistente;
- 6.22 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;
- 6.23 Procedimentos que não constem do Rol de Procedimentos Médicos 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;
- 6.24 Check-Up.

7. Carência

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

- 7.1 **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.**

- 7.1.1 A carência somente será aplicada aos segurados elegíveis para esta condição.

7.2. 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.

8. Reembolso

O Segurado será reembolsado das despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas com o seu tratamento ou de seus dependentes, quando não utilizar a Rede Referenciada, ou seja, quando optarem pela livre escolha, de acordo com o estabelecido a seguir.

8.1 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.

8.1.1 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia de procedimentos da Seguradora.

8.2 Para os segurados do SulAmérica Saúde planos Estilo I, Estilo II, Prata e Diamante, o reembolso das despesas cobertas somente será pago se o atendimento prestado ocorrer dentro da região contratada.

8.3 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.

- 8.4 O valor do reembolso das despesas médico-hospitalares será obtido pela aplicação do múltiplo do plano do segurado sobre o valor unitário do procedimento previsto na Tabela SulAmérica Saúde.

8.4.1 Tabela de Múltiplos de Reembolso

| Plano | Múltiplos de Reembolso Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia | | | | |
|------------------|--|--------------------|-------------------|---------|-------|
| | Consultas | Honorários Médicos | Exames e Terapias | Diárias | Taxas |
| Estilo I | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Estilo II | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Prata | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Diamante | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| Platinum | 8 | 8 | 3 | 3 | 3 |
| Maximum | 12 | 12 | 6 | 6 | 6 |

- 8.5 O valor correspondente à **Coparticipação** será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular, conforme disposições constantes das Condições Gerais de Seguro Saúde Coletivo Empresarial.
- 8.6 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.
- 8.7 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.
- 8.8 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, vedada, pois, a acumulação. Nesse caso, serão aplicados os valores de reembolso do maior plano de Seguro, perdendo o Segurado o excesso de prêmios eventualmente pagos.
- 8.9 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.

8.10 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo Segurado pelas respectivas despesas.

8.11 A Seguradora manterá em seu poder os recibos e notas fiscais originais referentes as despesas ressarcidas total ou parcialmente.

8.12 Prazos para Reembolso

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

8.12.2 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.

8.13 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, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, se houver;
- Laudos de exames, 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.

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

9. Rede Referenciada

9.1 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 com o plano, abrangência geográfica e grupo de municípios constante da tabela anexa as condições gerais deste seguro.

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

- 9.3** 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 n.º 9656/98.
- 9.4** Os estabelecimentos hospitalares da rede referenciada são classificados por especialidade médica e disponibilizados aos Segurados de acordo com o plano contratado.
- 9.5** 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 de Procedimentos quando necessária.

10. Coparticipação

- 10.1** O Estipulante poderá optar pelo percentual de coparticipação financeira do Segurado na realização de consultas, exames, terapias e demais procedimentos médicos e/ou hospitalares cobertos pelo Seguro. O percentual definido pelo Estipulante, deverá estar indicado na proposta de seguro.
- 10.2** Os valores referentes à coparticipação dos segurados na rede referenciada serão revertidos à Seguradora e cobrados do Estipulante.
- 10.3** A coparticipação não é considerada como contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98.
- 10.4** O valor da coparticipação em atraso será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois por cento), além de correção monetária.
- 10.5** O atraso no pagamento da coparticipação implicará na suspensão automática do direito às coberturas do seguro a partir do 1º (primeiro) dia de inadimplência do Estipulante.
- 10.6** O direito às coberturas deste seguro será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente à regularização do pagamento da coparticipação em atraso.
- 10.7** O atraso no pagamento da coparticipação por período superior a 30 (trinta) dias, resultará no cancelamento automático do seguro.
- 10.8** O Estipulante será responsável pelo pagamento da coparticipação dos atendimentos realizados na vigência do seguro, independente do cancelamento da apólice e/ou desligamento do Segurado.
- 10.9** O pagamento da coparticipação não quita eventuais débitos anteriores.
- 10.10** Se a Seguradora não identificar o pagamento de qualquer valor referente à coparticipação vencida, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

11. Validação Prévia de Procedimentos

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

11.1 Internações: clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas.

11.2 Remoções.

11.3 Serviços auxiliares de diagnose e terapias.

12. 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.

12.1 Este seguro é destinado a Grupos Segurados a partir de 50 (cinquenta) vidas, que poderão ser compostos pelas categorias a seguir, acrescidas ou não dos respectivos Dependentes Seguráveis:

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

12.2 Todo aquele que vier a fazer parte do Grupo Segurável definido na proposta de seguro deverá ser incluído na ocasião de sua contratação.

12.2.1 Será obrigatória a adesão de qualquer pessoa que venha incorporar o Grupo Segurável estabelecido nas Condições Gerais deste seguro.

13. Inclusão de Segurados

13.1 Os segurados incluídos por ocasião da implantação terão como data de início de vigência a mesma data do início da vigência do Seguro. Os segurados incluídos em até 30 (trinta) dias da vigência do seguro, estarão isentos do cumprimento dos prazos de carência e cobertura parcial temporária.

13.2 Os novos Segurados incluídos em até 30 (trinta) dias da data de admissão, casamento, nascimento ou de evento que caracterize sua condição de proponente ou dependente segurável, estarão isentos do cumprimento

dos prazos de carência e cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes. O início de vigência será a data de caracterização conforme descrito ou o 1º (primeiro) dia do mês subsequente.

13.3 Os novos Segurados incluídos após o prazo de 30 (trinta) dias da data da admissão, casamento, nascimento ou de evento que caracterize sua condição de proponente ou dependente segurável deverão cumprir os prazos de carência e estarão sujeitos a cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes. O início de vigência será o 1º (primeiro) dia do mês subsequente a solicitação de inclusão.

14. Prêmios

14.1 O prêmio mensal será constituído pela soma dos prêmios individuais de cada segurado, acrescidos dos encargos previstos na legislação vigente.

14.2 O valor do prêmio inicial mensal relativo a cada segurado definido na vigência do contrato, está expresso na Proposta Comercial, que é parte integrante deste contrato de seguro.

14.3 O prêmio mensal será estabelecido considerando o plano contratado e as faixas etárias, as quais estão definidas de acordo com a Resolução Normativa n.º 63, conforme descrito a seguir:

- a)** 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- b)** 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- c)** 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- d)** 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- e)** 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- f)** 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- g)** 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- h)** 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- i)** 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- j)** 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

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

14.5 O vencimento dos prêmios mensais ocorrerá sempre no dia 5 (cinco) de cada mês de cobertura do risco. Caso a data coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

14.6 Os prêmios individuais e acertos de prêmio decorrentes das alterações de pla-

nos, de inclusões e exclusões de Segurados, serão contabilizados no prêmio mensal do mês subsequente às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento.

- 14.7** As movimentações de Segurados ocorridas após o fechamento da fatura serão consideradas como acerto de prêmio no faturamento do prêmio mensal subsequente.
- 14.8** O valor do prêmio mensal em atraso será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois por cento), além de correção monetária.
- 14.9** 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.
- 14.10** 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.
- 14.11** O atraso no pagamento do prêmio mensal por período superior a 30 (trinta) dias, resultará no cancelamento automático do seguro.
- 14.12** O pagamento de prêmio mensal não quita eventuais débitos anteriores.
- 14.13** Se a Seguradora não identificar o pagamento de qualquer prêmio mensal vencido, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

15. Reajustes do Prêmio do Seguro

Estão previstos para o contrato, os reajustes dos prêmios nas seguintes modalidades: financeiro e por sinistralidade, na forma estabelecida nas subcláusulas a seguir. A aplicação do reajuste deverá observar o intervalo mínimo de 12 (doze) meses, podendo os mesmos serem aplicados cumulativamente.

15.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

O prêmio será reajustado com base na Variação dos Custos Médicos Hospitalares - VCMH, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro.

15.2 Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

O prêmio será recalculado em função da sinistralidade apurada.

15.2.1 Sempre que o índice de Sinistralidade (Sinistro Pago + Sinistro Avisado/

Prêmio) estiver acima de 0,70 (setenta centésimos), os prêmios serão reajustados conforme a seguinte fórmula:

$$PN = \frac{PA \times ISPPA}{0,70}$$

Na qual:

PN = Prêmio Novo

PA = Prêmio Atual

ISPPA = Índice Sinistro Pago + Sinistro Avisado/Prêmio

0,70 = Índice Máximo de Sinistralidade

15.2.2 A sinistralidade será analisada semestralmente, e serão considerados os critérios a seguir.

15.2.3 Para efeito da análise da sinistralidade, serão considerados os sinistros pagos mais sinistros avisados, e prêmios de todos os segurados.

15.2.4 A primeira análise ocorrerá no 11º (décimo primeiro) mês de vigência e serão ignorados os 3 (três) primeiros meses. Neste caso, o primeiro período de apuração compreenderá do 4º (quarto) ao 10º (décimo) mês de vigência. A aplicação do resultado da apuração dar-se-á no 13º (décimo terceiro) mês de vigência do seguro.

15.2.5 Caso não tenha ocorrido reajuste anterior, as apurações posteriores ocorrerão semestralmente, ignorando os 3 (três) primeiros meses de vigência da apólice e limitado ao período dos últimos 12 meses.

15.2.6 Caso tenha sido aplicado o reajuste, as avaliações posteriores serão semestrais e a efetiva aplicação dar-se-á, após decorridos no mínimo 12 (doze) meses da aplicação do último reajuste.

15.3 A Seguradora apresentará ao Estipulante o cálculo do prêmio estimado em decorrência do resultado das apurações, dos reajustes citados acima, com 30 (trinta) dias de antecedência da aplicação do novo prêmio.

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

16. Variação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária

O valor do prêmio 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.

16.1 Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária

16.1.1 Os percentuais estabelecidos para cada mudança de faixa etária nesta proposta de seguro são:

| Faixa Etária | Percentual |
|---------------------|-------------------|
| 0 a 18 anos | 0,00 |
| 19 a 23 anos | 23,23 % |
| 24 a 28 anos | 26,32 % |
| 29 a 33 anos | 22,67 % |
| 34 a 38 anos | 7,98 % |
| 39 a 43 anos | 4,92 % |
| 44 a 48 anos | 13,26 % |
| 49 a 53 anos | 15,03 % |
| 54 a 58 anos | 23,75 % |
| 59 anos ou + | 72,04 % |

16.1.2 Os prêmios serão readequados quando os Segurados mudarem de faixa etária, conforme percentuais indicados na Tabela de Percentuais por Mudança de Faixa Etária, sendo que poderá ocorrer trimestralmente.

16.1.3 A readequação por mudança de faixa etária, não é considerada como reajuste nos termos do artigo 22 da RN 195, instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

17. Exclusão do Segurado

17.1 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 de seguro, 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 com o objetivo de obter vantagens ilícitas do seguro ou da Seguradora, praticadas por qualquer dos Segurados.**

17.2 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.**

18. Extensão de Cobertura Assistencial

18.1 Será de inteira responsabilidade do Estipulante oferecer a Extensão de Cobertura Assistencial ao exonerado, aposentado 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.

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

18.2 Por rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa.

18.2.1 Ao Segurado Titular que contribuiu para o seguro saúde, em decorrência do vínculo empregatício, é garantido o direito de manter a sua condição de Segurado deste seguro saúde, 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.

18.2.2 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.

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

18.2.4 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.

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

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

18.3 Por Aposentadoria

18.3.1 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 Segurado deste seguro saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava na vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral dos prêmios.

- 18.3.2** 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 Segurado do seguro saúde, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral dos prêmios.
- 18.3.3** Esta condição é extensiva a todo o Grupo Familiar inscrito na data da opção pela extensão da cobertura assistencial.
- 18.3.4** 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.
- 18.3.5** O direito assegurado neste item não exclui vantagens obtidas pelos Empregados, decorrentes de negociações coletivas de trabalho.
- 18.3.6** A condição prevista neste item deixará de existir quando da admissão do Segurado Titular em novo emprego ou pelo cancelamento do seguro saúde pelo Estipulante ou inadimplência superior a 30 (trinta) dias.
- 18.4** 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.
- 18.4.1** Mesmo que haja acordo entre 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.
- 18.5** 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 nº 000043, esteja comercializando produto individual.
- 19. Vigência e Condições de Renovação Automática**
- 19.1** O Estipulante no momento da contratação deverá indicar na proposta de seguro a opção pelo período mínimo de vigência.
- 19.2** A vigência mínima deste seguro é de 12 (doze) meses. Opcionalmente, o Estipulante poderá optar pela contratação com vigência mínima de 24 (vinte e quatro) meses.
- 19.3** Independentemente da opção da vigência, o início será a partir da 0 (zero) hora do primeiro dia do mês do pagamento da 1ª (primeira) fatura mensal.

19.4 Este seguro será renovado automaticamente por período indeterminado, respeitado o período inicial de vigência, salvo manifestação em contrário por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, de qualquer das partes.

19.5 Sempre que este seguro for renovado, não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

20. Cancelamento Antecipado

20.1 Nos casos em que o Estipulante optar pela vigência de 24 (vinte e quatro) meses, indicada na proposta de seguro e solicitar o cancelamento antes do término deste período, deverá comunicar a Seguradora por escrito com 60 (sessenta) dias de antecedência e arcará com o pagamento de **multa**.

20.2 A cobrança do valor da **multa** está estabelecida na cláusula **Tabela de Multa por Cancelamento Antecipado**, condicionada a sinistralidade apurada na data do cancelamento.

20.2.1 O valor da multa terá como base de cálculo a última fatura emitida no mês de cancelamento.

20.3 Tabela de Multa por Cancelamento Antecipado

| Múltiplos/Multa | Sinistralidade |
|------------------------|---|
| 2,0 (faturas) | Igual ou inferior a 0,70 (setenta centésimos) |
| 3,0 (faturas) | superior a 0,70 (setenta centésimos) |

20.3.1 O valor da **multa** é calculado da seguinte forma :

- a)** Apuração do Índice de sinistralidade conforme descrito na cláusula, "**Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade**";
- b)** Considerando o resultado obtido, define-se o múltiplo previsto na tabela acima;
- c)** Multiplica-se o múltiplo pela última fatura paga na data de cancelamento;
- d)** Obtêm-se o valor da multa por cancelamento antecipado.

20.4 A multa também será cobrada, nos casos em que a Seguradora cancelar o contrato por inadimplência do Estipulante antes do término do período inicial de vigência, além dos prêmios vencidos.

20.5 O pagamento da multa deverá ocorrer até o 5º (quinto) dia do mês subsequente ao mês de cancelamento da apólice, sendo que no caso de atraso haverá incidência de multa e correção monetária, conforme previsto na cláusula de Prêmios.

21. Cancelamento do Seguro

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

21.1.1 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.

21.2 Cancelamento do Seguro por solicitação da Seguradora;

21.2.1 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 50 (cinquenta) vidas;
- c) Inadimplência superior a 30 (trinta) dias em relação ao prêmio e/ou à quantia devida em razão da coparticipação;
- 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.

22. Divergências Médicas

22.1 As divergências médicas sobre o direito às coberturas do seguro serão dirimidas por junta médica composta de 3 (três) membros, sendo: um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora e o 3º (terceiro), desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados.

22.2 Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempatador, sua designação será solicitada ao presidente da sociedade médica sediada na localidade.

22.3 A remuneração do 3º (terceiro), desempatador, será paga pela Seguradora.

23. 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.

24. Foro

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

Local/Data: _____, _____ de _____ de _____.

Estipulante
Nome e Assinatura do Representante Legal
(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa/ Procuração Registrada em Cartório,
com poderes específicos para contratar)

Sul América Seguro Saúde S.A.

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

**Seguro Saúde
Coletivo Empresarial**

**Produto 930
Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia
Condições Particulares**

ANS - Nº 000043

Índice

Condições Particulares do Contrato de Seguro Saúde Coletivo Empresarial

Produto 930

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 | 6 |
| 5 – Inclusão de Segurados | 6 |
| 6 – Exclusão de Segurados | 7 |
| 7 – Transferência de Plano | 8 |
| 8 – Transferência de Abrangência Geográfica | 8 |
| 9 – Extensão de Cobertura Assistencial | 8 |
| 10 – Disposições Finais | 8 |

- **Cláusulas Adicionais**

Assistência 24 Horas

Gerenciamento de Fatores de Risco

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

Apólice

Estas Condições Particulares integram as Condições Gerais do contrato de Seguro Saúde Coletivo Empresarial entregues ao Estipulante abaixo assinalado, e possuem o número da apólice acima identificado.

Estipulante

Condições Particulares do Contrato de Seguro Saúde Coletivo Empresarial

Produto 930 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 Terapias:

- a) Psicomotricidade - até 30 (trinta) sessões não cumulativas por ano de vigência do seguro, por Segurado;**
- b) Fonoaudiologia - até 30 (trinta) sessões não cumulativas por ano de vigência do seguro, por Segurado, já inclusas as sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;**

1.2 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.**

- 1.2.1** 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.

1.3 Reembolso

1.3.1 Será garantido exclusivamente aos Segurados do SulAmérica Saúde planos **Platinum e Maximum** o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas realizadas no exterior de acordo com o plano de seguro contratado e a Tabela SulAmérica Saúde.

1.3.2 O reembolso das despesas médicas 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.**

1.3.3 O valor correspondente a coparticipação será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular, conforme disposições constantes das **Condições Gerais de Seguro Saúde Coletivo Empresarial.**

1.4 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.

1.5 Atendimento de urgência e emergência

1.5.1 Será garantido aos Segurados do SulAmérica Saúde planos **Estilo I, Estilo II, Prata e Diamante**, o atendimento em casos devidamente caracterizados como **urgências e/ou emergências, em pronto-socorro hospitalar, fora da região de abrangência geográfica contratada pelo Estipulante.**

1.5.2 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

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 anti-neoplásica, radioterapia, braquiterapia, litotripsia, diálise, hemodiálise, hemofiltrações, psicoterapia, psicomotricidade, fonoaudiologia, monitorização de pressão intracraniana e acupuntura;
- 2.1.5 Serviços ambulatoriais**, tais como: cirurgias ambulatoriais com porte anestésico maior que 0 (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 Procedimento 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 de Procedimento 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.

3. Contratação do Seguro

3.1 O seguro somente entrará em vigor se a adesão do Grupo Segurável, respeitar o índice mínimo conforme tabela a seguir:

| Nº de Componentes do Grupo Segurável | Índice Mínimo de Adesão |
|--------------------------------------|-------------------------|
| De 50 a 200 vidas | 100% |
| De 201 a 1.000 vidas | 95% |
| De 1.001 a 5.000 vidas | 90% |
| Acima de 5.000 vidas | 85% |

3.1.1 Mesmo que o índice mínimo de adesão tenha sido atingido, o seguro não entrará em vigor se a Seguradora identificar variação superior a 5% (cinco por cento) na composição etária entre o Grupo Segurável apresentado por ocasião do estudo e o efetivo Grupo Segurado. Neste caso, a Seguradora poderá recusar-se a aceitar o seguro ou elaborar novo estudo para aprovação do Estipulante.

3.1.2 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.

3.2 Não será aceita a inclusão de Proponente que não faça parte do Grupo Segurável definido nesta Proposta de Seguro.

3.3 Os Segurados incluídos na ocasião da implantação terão como data de início de vigência a mesma data do início da vigência do seguro do Estipulante.

3.4 O Estipulante assumirá a responsabilidade pelas informações prestadas na Proposta de Seguro e Cartões Proposta 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 O Estipulante será responsável por prestar informações referentes seus Subestipulantes, que eventualmente venham aderir ao seguro, as quais tornar-se-ão automaticamente cientes e solidárias às condições contratadas.

3.6 Na contratação do seguro serão exigidos os seguintes documentos:

- Proposta Comercial, devidamente assinada, sob carimbo, pelo representante legal da empresa mediante apresentação de procuração registrada em cartório com poderes específicos para contratar;
- Carta original em papel timbrado de nomeação de corretor assinada, sob carimbo, pelo representante legal da empresa mediante procuração;
- Proposta de seguro, assinada, sob carimbo, pelo corretor e pelo representante legal da empresa, mediante procuração;
- Condições Gerais, Condições Particulares, Cláusula Adicional de Assistência 24 horas, Cláusula Adicional de Gerenciamento de Fatores de Risco assinadas sob carimbo, pelo representante legal da empresa mediante procuração;
- Cláusula Opcional de Remissão de Pagamento de Prêmio assinadas sob carimbo, pelo representante legal da empresa mediante procuração, se houver;
- Termo de Aceitação e Responsabilidade sobre a Movimentação Eletrônica de Cadastro assinado pelo representante legal da empresa, mediante procuração e/ou corretor, se houver;

- Cartões-Proposta assinados pelo representante legal da empresa e pelo proponente ou arquivo magnético em linguagem txt cujo layout é fornecido pela Seguradora;
- Cópia da relação atualizada de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada;
- 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 Empregado 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 a Seguradora julgar necessário, 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.

3.7 A Seguradora exigirá, a qualquer tempo, cópias autenticadas em cartório de documentos oficiais aceitos pela Receita Federal e demais órgãos públicos que comprovem 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)** Registro de Empregado em papel timbrado, Certidão de Nascimento, Casamento, Declaração de União Estável firmada em Cartório, Tutela ou Guarda Judicial, Passaporte (expatriados), Diário Oficial e outros documentos que a Seguradora julgar necessários.

3.8 A emissão da apólice de seguro será feita em até 15 (quinze) dias da data do protocolo da Proposta de Seguro e dos Cartões Proposta na Seguradora.

3.8.1 A Proposta de Seguro e os Cartões Proposta com preenchimento incorreto ou documentos incompletos serão devolvidos ao Estipulante, que terá 10 (dez) dias para a regularização.

3.8.2 Ultrapassado o prazo para regularização, a Seguradora iniciará a partir do último protocolo novo prazo de 15 (quinze) dias para emissão da Apólice, considerando nova data para início de vigência 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 O Estipulante da Apólice será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os sinistros por atendimento em Rede Referenciada, Reembolsos e Validações Prévias ocorridas durante o período de vigência deste seguro, 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 Segurados**

5.1 **Formas de Inclusão**

5.1.1 **Movimentação Eletrônica de Cadastro**

A empresa ou corretor efetuará o registro da inclusão no Sistema da Seguradora "MECSAS" e através das informações fornecidas será definido de forma automática o início de vigência. No ato da inclusão, o aplicativo/sistema, indicará a necessidade do envio de documentos a Seguradora para liberação da inclusão, quando necessário.

5.1.2 **Manual**

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 Cartão Proposta e declaração de saúde, 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 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 de Estágio assinado pelo estagiário e pelo representante legal da empresa, mediante procuração, e pela Instituição de ensino sob carimbo;
- e) 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;
- f) 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 necessário.

5.1.3 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.

5.1.4 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, respeitando sempre o prazo máximo de 60 (sessenta) dias.

6. Exclusão de Segurados

6.1 Formas de Exclusão

6.1.1 Movimentação Eletrônica de Cadastro

A empresa ou corretor efetuará o registro no Sistema da Seguradora “MECSAS” e, através das informações fornecidas será definido de forma automática o fim de vigência, sem a necessidade de envio de formulários e documentos no momento da exclusão.

6.1.2 Manual

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 correspondente à data da entrega na Seguradora, com base no protocolo de entrega.

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. Transferência de Abrangência Geográfica

8.1 O Estipulante poderá solicitar a transferência de Segurado entre as Regiões contratadas na Proposta de Seguro, mediante comprovação, comunicando à Seguradora por escrito, com antecedência de 30 (trinta) dias.

8.2 Os prêmios individuais dos Segurados transferidos serão recalculados em função da nova Abrangência Geográfica.

8.2.1 Nestes casos, a adequação do prêmio, não é considerada reajuste.

9. Extensão de Cobertura Assistencial

9.1 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;
- b)** Se demitido, cópia da Rescisão Contratual.
- c)** Se aposentado, cópia da Rescisão Contratual e Concessão de Aposentadoria.

10. Disposições Finais

10.1 O Estipulante será responsável pelo recolhimento e destruição dos Cartões SulAmérica Saúde nos casos de desligamento dos Segurados ou após o cancelamento do seguro.

10.2 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.

Local/Data: _____, _____ de _____ de _____.

Estipulante
Nome e Assinatura do Representante Legal
(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa / Procuração Registrada em Cartório,
com poderes específicos para contratar)

Sul América Seguro Saúde S.A.

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

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

Apólice

Cláusula Adicional de Assistência 24 Horas

Estipulante

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 Platinum e Maximum.

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 infra-estrutura 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 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 Platinum 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) dias 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 3º (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.

Local/Data: _____, _____ de _____ de _____.

Nome e Assinatura do Representante Legal
(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa / Procuração Registrada em Cartório,
com poderes específicos para contratar)

Sul América Seguro Saúde S.A.

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

Registro na ANS nº 000043

Apólice

Cláusula Adicional de Gerenciamento de Fatores de Risco

Estipulante

1. Objeto

1.1 Fornecer à Empresa contratante uma análise dos possíveis riscos à saúde que seu Quadro Funcional está exposto, sugerir ações para redução de riscos futuros e oferecer informações que permitam planejamento em prevenção.

1.2 Programa

- a) Levantamento dos dados através de questionário específico;
- b) Medidas de colesterol total, glicemia, pressão arterial, peso e altura;
- c) Emissão dos relatórios individuais dos participantes;
- d) Emissão do relatório para Empresa com o perfil do grupo participante.

1.3. Doenças Avaliadas

1.3.1 O Programa avalia algumas das principais doenças crônicas e que representam cerca de 30% das doenças.

- a) Doenças Cardiovasculares (Infarto do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral);
- b) Diabetes Mellitus;
- c) Câncer Ginecológico e das Mamas;
- d) Câncer de Próstata;
- e) Câncer Intestinal;
- f) Gestação de risco.

1.4 Coleta de Dados

1.4.1 Coleta de dados através de um questionário que deverá ser entregue a área de Recursos Humanos para distribuição aos participantes.

1.4.2 A Empresa receberá uma carta com orientações aos participantes sobre o objetivo do programa, data e orientações sobre o preparo para realização dos exames.

1.4.3 Serão coletados dados sobre histórico familiar, histórico pessoal, estilo de vida, acompanhamento médico de rotina, medidas de peso, altura, pressão arterial, colesterol total e glicemia. Preenchidas as questões pelo participante, o questionário será lacrado e recolhido pelo prestador de serviço que realizará as coletas.

1.5 Coleta dos Exames

1.5.1 A SulAmérica através de prestador de serviço credenciado, irá realizar os exames de colesterol total e glicemia, medidas de pressão arterial, peso e altura com materiais, equipamentos e pessoal habilitado.

1.5.2 A Empresa contratante deverá disponibilizar um local adequado para coleta, divulgar as datas e horários para sua realização.

1.5.3 A duração para coleta das medidas é proporcional à quantidade de participantes no programa.

1.6 Emissão dos Relatórios

1.6.1 Relatório Individual

1.6.1.1 Cada participante receberá o Relatório Individual, com a avaliação sobre os fatores de risco encontrados. Os resultados seguem protocolos médicos. Estas informações são confidenciais e exclusivas do participante.

1.6.1.2 Os relatórios serão entregues ao participante num prazo estimado de 30 (trinta) dias a partir da data do recebimento do questionário pela SulAmérica, desde que as informações estejam completas. Caso o questionário esteja incompleto, este será devolvido ao participante para a complementação.

1.6.2 Relatório do Grupo

1.6.2.1 A Empresa contratante receberá o relatório com o Perfil de Saúde dos participantes, com análise distribuída por sexo e faixa etária, dentro do padrão desenvolvido pela SulAmérica.

1.6.2.2 O relatório será entregue à Área de Recursos Humanos da Empresa contratante num prazo estimado de 10 (dez) dias úteis a partir da data de encerramento da entrega dos questionários individuais completos.

1.6.2.3 O programa se encerra com a entrega do relatório com o Perfil de Saúde dos participantes com as sugestões de ações a serem implementadas. Com isto, a Empresa poderá identificar os grupos de risco e distribuir seus recursos de forma direcionada.

1.7 Agendamento do Programa

1.7.1 A data para início do programa será estabelecida pela Empresa em comum acordo com a SulAmérica.

1.8 Limites

1.8.1 Este programa é direcionado para Segurados Titulares na ocasião da realização do programa.

1.8.2 Este programa será aplicado apenas uma vez dentro do período de 1(um) ano.

Após este período, poderá ser repetido por solicitação da Empresa nas seguintes condições:

- a) A Empresa tiver adotado medidas que potencialmente alterem o perfil de risco do grupo avaliado anteriormente, justificando uma nova avaliação.
- b) Houver alteração do quadro funcional conforme abaixo:
 - 50% até 200 titulares.
 - 30% de 201 a 500 titulares.
 - 25% de 501 a 1000 titulares.
 - 20% acima de 1001 titulares.

1.9 Participantes

1.9.1 A Empresa deve fornecer o número de participantes considerando que o programa é exclusivo para Segurados Titulares. Caso o número de participantes no programa seja diferente do informado, a Empresa deverá atualizar este número num prazo de 15 (quinze) dias úteis antes do início do programa, para as providências necessárias à implantação do mesmo.

1.10 Confidencialidade

1.10.1 As informações individuais são de caráter confidencial e serão mantidas sob responsabilidade e sigilo médico da SulAmérica e do médico do trabalho existente na empresa.

1.10.2 Será emitido para a área de Recursos Humanos da empresa somente o resultado compilado das informações coletivas.

1.11 Cancelamento da Cláusula

1.11.1 Esta cláusula estará automaticamente cancelada, independente de interposição judicial ou extrajudicial e sem que caiba indenização na situação de cancelamento da Apólice do seguro de Assistência à Saúde.

1.12 Disposições Finais

1.12.1 Este programa tem uma proposta de conscientização e educação sobre riscos de agravo à saúde. As recomendações emitidas possuem caráter informativo e não tem a finalidade diagnóstica. Refletem as evidências encontradas na literatura médica e devem ser entendidas como uma referência para a prevenção, gerenciamento de fatores de risco e agravo à saúde. Elas não substituem a avaliação e orientações médicas específicas e individualizadas.

1.12.2 Permanecem válidas todas as cláusulas e itens constantes da Apólice do seguro de assistência a saúde, desde que não sejam conflitantes com o disposto nesta cláusula.

Local/Data: _____, _____ de _____ de _____.

Nome e Assinatura do Representante Legal
(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa / Procuração Registrada em Cartório,
com poderes específicos para contratar)

Sul América Seguro Saúde S.A.

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

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

Apólice

Cláusula Opcional de Remissão do Pagamento dos Prêmios

Estipulante

1. Objeto

Garantia aos Dependentes Remidos da continuidade no Seguro Saúde contratado pelo prazo de 2 (dois) 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 o cumprimento dos prazos de carência**, exceto quando o falecimento for decorrente de Acidente Pessoal devidamente comprovado.

4. Direito a 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 Preexistente, 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 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, 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, independente de interpelação judicial ou extrajudicial e sem que caiba indenização, nas seguintes situações:

- a) Perda da condição de Dependente Remido;
- b) Decorridos os 02 (dois) anos de Remissão do Pagamento dos Prêmios;
- c) Constatação de infrações ou fraudes praticadas 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 que não sejam conflitantes com o estabelecido nesta Cláusula de Remissão do Pagamento dos Prêmios.

Local/Data: _____, _____ de _____ de _____.

Estipulante

**Nome e Assinatura do Representante Legal
(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa / Procuração Registrada em Cartório,
com poderes específicos para contratar)**

Sul América Seguro Saúde S.A.

Testemunha

Nome:
CPF:
RG:

Testemunha

Nome:
CPF:
RG:

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

Apólice

Cláusula Opcional de Remissão do Pagamento dos Prêmios

Estipulante

1. Objeto

Garantia aos Dependentes Remidos da continuidade no Seguro Saúde contratado pelo prazo de 2 (dois) 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 o cumprimento dos prazos de carência**, exceto quando o falecimento for decorrente de Acidente Pessoal devidamente comprovado.

4. Direito a 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 Preexistente, 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 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, 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, independente de interpelação judicial ou extrajudicial e sem que caiba indenização, nas seguintes situações:

- a) Perda da condição de Dependente Remido;
- b) Decorridos os 02 (dois) anos de Remissão do Pagamento dos Prêmios;
- c) Constatação de infrações ou fraudes praticadas 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 que não sejam conflitantes com o estabelecido nesta Cláusula de Remissão do Pagamento dos Prêmios.

Local/Data: _____, _____ de _____ de _____.

Estipulante

**Nome e Assinatura do Representante Legal
(Sob Carimbo/CNPJ da Empresa / Procuração Registrada em Cartório,
com poderes específicos para contratar)**

Sul América Seguro Saúde S.A.

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

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

Apólice

Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS

Estipulante

1. A Estipulante acima identificada, doravante denominada Contratante, ou a Corretora por ela designada, que receberá a denominação de Corretora Nomeada, declara-se ciente que o aplicativo fornecido pela Contratada - Sul América Seguro Saúde S.A., sem ônus de custo de implantação, com denominação de Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica (MECSAS), deverá ser utilizado de forma exclusiva e concorda em não ceder o aplicativo para uso de terceiros, nem mesmo para cópias, e a não permitir violações nos programas e códigos, excetuadas as alterações feitas pela Seguradora.
2. O MECSAS habilita a Contratante ou a Corretora Nomeada a realizar, após cadastrar seu login e senha, procedendo de acordo com as regras estabelecidas nas condições gerais da apólice em vigor e os prazos, informações e restrições constantes da Ajuda/Help do próprio aplicativo, as movimentações disponíveis no cadastro de beneficiários e através do Tráfego de Arquivos.
 - a) Inclusões;
 - b) Exclusões;
 - c) Alteração de Sexo;
 - d) Alteração de Nome;
 - e) Alteração de Data de Nascimento;
 - f) Transferência para Condição de Remido;
 - g) Alteração de Dados Cadastrais;
 - h) Alteração de Dados Bancários;
 - i) Alteração de Plano;
 - j) Transferência para Condição de Demitido e/ou Aposentado;
 - k) Transferência de Empresas;
 - l) Reabertura de Matrícula.
3. As movimentações não enquadradas nas regras para a Movimentação por Meio Eletrônico devem ser encaminhadas à Seguradora através de formulários próprios preenchidos, assinados, carimbados e acompanhados da documentação de apoio.

4. A Contratada fornecerá o suporte necessário ao perfeito funcionamento do MECSAS, informará eventuais alterações na base de dados e o resultado do processamento encaminhado. Além disso, a Seguradora gerenciará periodicamente todas as movimentações realizadas com o intuito de resguardar o equilíbrio econômico–financeiro da apólice.
5. Após o preenchimento dos dados dos beneficiários (titulares e/ou dependentes) é de única e total responsabilidade da Contratante, ou a Corretora Nomeada, enviar os dados à Contratada para que as movimentações sejam processadas, bem como acompanhar e realizar as conferências dos movimentos processados, por meio da funcionalidade "Receber Movimentos", que disponibiliza o resultado dos arquivos de movimentos que foram remetidos para processamento pela Contratante. A conferência dos movimentos processados deve ser realizada diariamente pela Contratante e, em sendo identificadas quaisquer inconsistências e/ou divergências, deve manifestar-se, no máximo, até o último dia do mês do envio, sob pena de não fazer jus a ressarcimentos eventualmente devidos em relação à operação não processada.
6. A Contratada disponibilizará o serviço de atendimento HELPSAS, que através do número 3003-6596 (Capitais e regiões Metropolitanas) e 0800-721-6596 (demais regiões) dará o suporte e informações necessárias para a correta utilização do aplicativo MECSAS.
7. O Contratante ou a Corretora Nomeada deverá manter em seu poder, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos beneficiários cadastrados, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, e, também, os comprovantes da perda de direito ao seguro e da opção pelo mesmo, devendo, ainda fornecer à Contratada quando solicitado, no prazo de 5 (cinco) dias, sob pena de bloqueio do aplicativo e da cobertura ao Grupo Segurado.
Os documentos acima poderão ser solicitados pela Seguradora seja para auditoria, simples verificação ou para apoio nas defesas em eventuais ações judiciais ou reclamações administrativas junto aos órgãos de fiscalização da Seguradora.
8. A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Resolução Normativa 195 de 14 de julho de 2009, Resolução Normativa nº 200 de 13 de agosto de 2009 e Resolução Normativa 204 de 02 de outubro de 2009, determina que a partir de 03/11/2009, os segurados elegíveis previstos contratualmente devem estar de acordo com o que determina os art. 5 e 9 da RN 195. Não sendo, portanto, permitido a inclusão de segurados que não preenchem os requisitos de elegibilidade previstos na referida norma e nas Condições Gerais, tais como, Prestadores de Serviços. A identificação posterior de eventuais segurados, incluídos por meio deste aplicativo, não elegíveis nos termos da referida norma e do contrato, serão automaticamente excluídos e a utilização da ferramenta será temporariamente bloqueada, sem prejuízo de eventuais ressarcimentos por sanções judiciais ou administrativas em razão de tais condutas. A ferramenta só poderá ser novamente utilizada após a devida regularização do processo.

9. A Contratante ou a Corretora Nomeada escolherá seu login e senha para uso do aplicativo, e se responsabilizarão: pela confidencialidade de sua senha, por toda e qualquer movimentação cadastral realizada e inclusive pelo ressarcimento de eventuais custos decorrentes de despesas por uso indevido.
10. Considera-se uso indevido do MECSAS toda e qualquer movimentação que não estiver de acordo com as Condições Gerais, com as condições do presente termo e com as restrições constantes na Ajuda/Help do aplicativo, cabendo nestes casos o bloqueio do MECSAS por parte da Seguradora e/ou o cancelamento da operação efetuada.
11. A Contratada oferece duas opções para o processamento das movimentações através do MECSAS. Cabe a Contratante, no item 18 deste Termo, definir qual a opção adequada para a sua Empresa.
 - Movimentação agrupada: A ferramenta será instalada em uma única Empresa do Grupo, a qual é responsável por processar as movimentações das suas subestipulantes/filiais, em função de possuírem um único departamento de Recursos Humanos, ou
 - Movimentação desagrupada: Cada Empresa do Grupo terá a ferramenta instalada em sua unidade, por serem individualmente responsáveis por suas movimentações e possuírem cada qual o seu departamento de Recursos Humanos.

Para qualquer das movimentações, a Contratada, oferece ainda a opção de multi-usuário, por meio da qual cada Empresa usuária poderá enviar, eletronicamente, as suas movimentações, desde que haja a permissão do administrador do servidor.
12. A Contratante ou a Corretora Nomeada compromete-se ainda:
 - A comunicar a Contratada, imediata e formalmente, toda e qualquer ocorrência relacionada com uso indevido do MECSAS;
 - A manter confidencialidade sobre a existência do MECSAS e resultados obtidos;
 - A comunicar a Contratada quando houver troca de Corretor e, devido a esta troca, caso este seja o usuário do aplicativo, enviar um novo termo assinado pela Contratante e a nova Corretora.
13. A cobrança do prêmio referente ao mês de inclusão é integral independentemente da data de inclusão do segurado no seguro.
14. A Contratante ou a Corretora Nomeada está sendo licenciada por parte da Contratada para o uso do aplicativo MECSAS.
15. Caso a Corretora seja nomeada para operar o MECSAS, esta transferência não exime a Contratante de fornecer e responsabilizar-se pelas informações cadastradas.

16. A Contratante e a Corretora Nomeada declaram terem lido e que estão de acordo com as cláusulas e condições acima e comprometem-se com seu cumprimento.

17. A utilização do MECSAS será de responsabilidade da:

| | Contratante | | Corretora

18. As movimentações serão processadas no MECSAS de forma:

| | Agrupada | | Desagrupada

Local/Data: _____, _____ de _____ de _____.

Contratante
Assinatura e Carimbo

Corretora
Assinatura e Carimbo

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

Apólice

Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS

Estipulante

1. A Estipulante acima identificada, doravante denominada Contratante, ou a Corretora por ela designada, que receberá a denominação de Corretora Nomeada, declara-se ciente que o aplicativo fornecido pela Contratada - Sul América Seguro Saúde S.A., sem ônus de custo de implantação, com denominação de Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica (MECSAS), deverá ser utilizado de forma exclusiva e concorda em não ceder o aplicativo para uso de terceiros, nem mesmo para cópias, e a não permitir violações nos programas e códigos, excetuadas as alterações feitas pela Seguradora.
2. O MECSAS habilita a Contratante ou a Corretora Nomeada a realizar, após cadastrar seu login e senha, procedendo de acordo com as regras estabelecidas nas condições gerais da apólice em vigor e os prazos, informações e restrições constantes da Ajuda/Help do próprio aplicativo, as movimentações disponíveis no cadastro de beneficiários e através do Tráfego de Arquivos.
 - a) Inclusões;
 - b) Exclusões;
 - c) Alteração de Sexo;
 - d) Alteração de Nome;
 - e) Alteração de Data de Nascimento;
 - f) Transferência para Condição de Remido;
 - g) Alteração de Dados Cadastrais;
 - h) Alteração de Dados Bancários;
 - i) Alteração de Plano;
 - j) Transferência para Condição de Demitido e/ou Aposentado;
 - k) Transferência de Empresas;
 - l) Reabertura de Matrícula.
3. As movimentações não enquadradas nas regras para a Movimentação por Meio Eletrônico devem ser encaminhadas à Seguradora através de formulários próprios preenchidos, assinados, carimbados e acompanhados da documentação de apoio.

4. A Contratada fornecerá o suporte necessário ao perfeito funcionamento do MECASAS, informará eventuais alterações na base de dados e o resultado do processamento encaminhado. Além disso, a Seguradora gerenciará periodicamente todas as movimentações realizadas com o intuito de resguardar o equilíbrio econômico–financeiro da apólice.
5. Após o preenchimento dos dados dos beneficiários (titulares e/ou dependentes) é de única e total responsabilidade da Contratante, ou a Corretora Nomeada, enviar os dados à Contratada para que as movimentações sejam processadas, bem como acompanhar e realizar as conferências dos movimentos processados, por meio da funcionalidade "Receber Movimentos", que disponibiliza o resultado dos arquivos de movimentos que foram remetidos para processamento pela Contratante. A conferência dos movimentos processados deve ser realizada diariamente pela Contratante e, em sendo identificadas quaisquer inconsistências e/ou divergências, deve manifestar-se, no máximo, até o último dia do mês do envio, sob pena de não fazer jus a ressarcimentos eventualmente devidos em relação à operação não processada.
6. A Contratada disponibilizará o serviço de atendimento HELPSAS, que através do número 3003-6596 (Capitais e regiões Metropolitanas) e 0800-721-6596 (demais regiões) dará o suporte e informações necessárias para a correta utilização do aplicativo MECASAS.
7. O Contratante ou a Corretora Nomeada deverá manter em seu poder, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos beneficiários cadastrados, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, e, também, os comprovantes da perda de direito ao seguro e da opção pelo mesmo, devendo, ainda fornecer à Contratada quando solicitado, no prazo de 5 (cinco) dias, sob pena de bloqueio do aplicativo e da cobertura ao Grupo Segurado.
Os documentos acima poderão ser solicitados pela Seguradora seja para auditoria, simples verificação ou para apoio nas defesas em eventuais ações judiciais ou reclamações administrativas junto aos órgãos de fiscalização da Seguradora.
8. A ANS (Agencia Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Resolução Normativa 195 de 14 de julho de 2009, Resolução Normativa nº 200 de 13 de agosto de 2009 e Resolução Normativa 204 de 02 de outubro de 2009, determina que a partir de 03/11/2009, os segurados elegíveis previstos contratualmente devem estar de acordo com o que determina os art. 5 e 9 da RN 195. Não sendo, portanto, permitido a inclusão de segurados que não preenchem os requisitos de elegibilidade previstos na referida norma e nas Condições Gerais, tais como, Prestadores de Serviços. A identificação posterior de eventuais segurados, incluídos por meio deste aplicativo, não elegíveis nos termos da referida norma e do contrato, serão automaticamente excluídos e a utilização da ferramenta será temporariamente bloqueada, sem prejuízo de eventuais ressarcimentos por sanções judiciais ou administrativas em razão de tais condutas. A ferramenta só poderá ser novamente utilizada após a devida

regularização do processo.

9. A Contratante ou a Corretora Nomeada escolherá seu login e senha para uso do aplicativo, e se responsabilizarão: pela confidencialidade de sua senha, por toda e qualquer movimentação cadastral realizada e inclusive pelo ressarcimento de eventuais custos decorrentes de despesas por uso indevido.
10. Considera-se uso indevido do MECSAS toda e qualquer movimentação que não estiver de acordo com as Condições Gerais, com as condições do presente termo e com as restrições constantes na Ajuda/Help do aplicativo, cabendo nestes casos o bloqueio do MECSAS por parte da Seguradora e/ou o cancelamento da operação efetuada.
11. A Contratada oferece duas opções para o processamento das movimentações através do MECSAS. Cabe a Contratante, no item 18 deste Termo, definir qual a opção adequada para a sua Empresa.
 - Movimentação agrupada: A ferramenta será instalada em uma única Empresa do Grupo, a qual é responsável por processar as movimentações das suas subestipulantes/filiais, em função de possuírem um único departamento de Recursos Humanos, ou
 - Movimentação desagrupada: Cada Empresa do Grupo terá a ferramenta instalada em sua unidade, por serem individualmente responsáveis por suas movimentações e possuírem cada qual o seu departamento de Recursos Humanos.

Para qualquer das movimentações, a Contratada, oferece ainda a opção de multi-usuário, por meio da qual cada Empresa usuária poderá enviar, eletronicamente, as suas movimentações, desde que haja a permissão do administrador do servidor.
12. A Contratante ou a Corretora Nomeada compromete-se ainda:
 - A comunicar a Contratada, imediata e formalmente, toda e qualquer ocorrência relacionada com uso indevido do MECSAS;
 - A manter confidencialidade sobre a existência do MECSAS e resultados obtidos;
 - A comunicar a Contratada quando houver troca de Corretor e, devido a esta troca, caso este seja o usuário do aplicativo, enviar um novo termo assinado pela Contratante e a nova Corretora.
13. A cobrança do prêmio referente ao mês de inclusão é integral independentemente da data de inclusão do segurado no seguro.
14. A Contratante ou a Corretora Nomeada está sendo licenciada por parte da Contratada para o uso do aplicativo MECSAS.
15. Caso a Corretora seja nomeada para operar o MECSAS, esta transferência não

exime a Contratante de fornecer e responsabilizar-se pelas informações cadastradas.

16. A Contratante e a Corretora Nomeada declaram terem lido e que estão de acordo com as cláusulas e condições acima e comprometem-se com seu cumprimento.

17. A utilização do MECSAS será de responsabilidade da:

| | Contratante | | Corretora

18. As movimentações serão processadas no MECSAS de forma:

| | Agrupada | | Desagrupada

Local/Data: _____, _____ de _____ de _____.

Contratante
Assinatura e Carimbo

Corretora
Assinatura e Carimbo

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

Apólice

Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS

Estipulante

1. A Estipulante acima identificada, doravante denominada Contratante, ou a Corretora por ela designada, que receberá a denominação de Corretora Nomeada, declara-se ciente que o aplicativo fornecido pela Contratada - Sul América Seguro Saúde S.A., sem ônus de custo de implantação, com denominação de Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica (MECSAS), deverá ser utilizado de forma exclusiva e concorda em não ceder o aplicativo para uso de terceiros, nem mesmo para cópias, e a não permitir violações nos programas e códigos, excetuadas as alterações feitas pela Seguradora.
2. O MECSAS habilita a Contratante ou a Corretora Nomeada a realizar, após cadastrar seu login e senha, procedendo de acordo com as regras estabelecidas nas condições gerais da apólice em vigor e os prazos, informações e restrições constantes da Ajuda/Help do próprio aplicativo, as movimentações disponíveis no cadastro de beneficiários e através do Tráfego de Arquivos.
 - a) Inclusões;
 - b) Exclusões;
 - c) Alteração de Sexo;
 - d) Alteração de Nome;
 - e) Alteração de Data de Nascimento;
 - f) Transferência para Condição de Remido;
 - g) Alteração de Dados Cadastrais;
 - h) Alteração de Dados Bancários;
 - i) Alteração de Plano;
 - j) Transferência para Condição de Demitido e/ou Aposentado;
 - k) Transferência de Empresas;
 - l) Reabertura de Matrícula.
3. As movimentações não enquadradas nas regras para a Movimentação por Meio Eletrônico devem ser encaminhadas à Seguradora através de formulários próprios preenchidos, assinados, carimbados e acompanhados da documentação de apoio.

4. A Contratada fornecerá o suporte necessário ao perfeito funcionamento do MECASAS, informará eventuais alterações na base de dados e o resultado do processamento encaminhado. Além disso, a Seguradora gerenciará periodicamente todas as movimentações realizadas com o intuito de resguardar o equilíbrio econômico–financeiro da apólice.
5. Após o preenchimento dos dados dos beneficiários (titulares e/ou dependentes) é de única e total responsabilidade da Contratante, ou a Corretora Nomeada, enviar os dados à Contratada para que as movimentações sejam processadas, bem como acompanhar e realizar as conferências dos movimentos processados, por meio da funcionalidade "Receber Movimentos", que disponibiliza o resultado dos arquivos de movimentos que foram remetidos para processamento pela Contratante. A conferência dos movimentos processados deve ser realizada diariamente pela Contratante e, em sendo identificadas quaisquer inconsistências e/ou divergências, deve manifestar-se, no máximo, até o último dia do mês do envio, sob pena de não fazer jus a ressarcimentos eventualmente devidos em relação à operação não processada.
6. A Contratada disponibilizará o serviço de atendimento HELPSAS, que através do número 3003-6596 (Capitais e regiões Metropolitanas) e 0800-721-6596 (demais regiões) dará o suporte e informações necessárias para a correta utilização do aplicativo MECASAS.
7. O Contratante ou a Corretora Nomeada deverá manter em seu poder, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos beneficiários cadastrados, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, e, também, os comprovantes da perda de direito ao seguro e da opção pelo mesmo, devendo, ainda fornecer à Contratada quando solicitado, no prazo de 5 (cinco) dias, sob pena de bloqueio do aplicativo e da cobertura ao Grupo Segurado.
Os documentos acima poderão ser solicitados pela Seguradora seja para auditoria, simples verificação ou para apoio nas defesas em eventuais ações judiciais ou reclamações administrativas junto aos órgãos de fiscalização da Seguradora.
8. A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Resolução Normativa 195 de 14 de julho de 2009, Resolução Normativa nº 200 de 13 de agosto de 2009 e Resolução Normativa 204 de 02 de outubro de 2009, determina que a partir de 03/11/2009, os segurados elegíveis previstos contratualmente devem estar de acordo com o que determina os art. 5 e 9 da RN 195. Não sendo, portanto, permitido a inclusão de segurados que não preenchem os requisitos de elegibilidade previstos na referida norma e nas Condições Gerais, tais como, Prestadores de Serviços. A identificação posterior de eventuais segurados, incluídos por meio deste aplicativo, não elegíveis nos termos da referida norma e do contrato, serão automaticamente excluídos e a utilização da ferramenta será temporariamente bloqueada, sem prejuízo de eventuais ressarcimentos por sanções judiciais ou administrativas em razão de tais condutas. A ferramenta só poderá ser novamente utilizada após a devida regularização do pro-

cesso.

9. A Contratante ou a Corretora Nomeada escolherá seu login e senha para uso do aplicativo, e se responsabilizarão: pela confidencialidade de sua senha, por toda e qualquer movimentação cadastral realizada e inclusive pelo ressarcimento de eventuais custos decorrentes de despesas por uso indevido.
10. Considera-se uso indevido do MECSAS toda e qualquer movimentação que não estiver de acordo com as Condições Gerais, com as condições do presente termo e com as restrições constantes na Ajuda/Help do aplicativo, cabendo nestes casos o bloqueio do MECSAS por parte da Seguradora e/ou o cancelamento da operação efetuada.
11. A Contratada oferece duas opções para o processamento das movimentações através do MECSAS. Cabe a Contratante, no item 18 deste Termo, definir qual a opção adequada para a sua Empresa.
 - Movimentação agrupada: A ferramenta será instalada em uma única Empresa do Grupo, a qual é responsável por processar as movimentações das suas subestipulantes/filiais, em função de possuírem um único departamento de Recursos Humanos, ou
 - Movimentação desagrupada: Cada Empresa do Grupo terá a ferramenta instalada em sua unidade, por serem individualmente responsáveis por suas movimentações e possuírem cada qual o seu departamento de Recursos Humanos.

Para qualquer das movimentações, a Contratada, oferece ainda a opção de multi-usuário, por meio da qual cada Empresa usuária poderá enviar, eletronicamente, as suas movimentações, desde que haja a permissão do administrador do servidor.
12. A Contratante ou a Corretora Nomeada compromete-se ainda:
 - A comunicar a Contratada, imediata e formalmente, toda e qualquer ocorrência relacionada com uso indevido do MECSAS;
 - A manter confidencialidade sobre a existência do MECSAS e resultados obtidos;
 - A comunicar a Contratada quando houver troca de Corretor e, devido a esta troca, caso este seja o usuário do aplicativo, enviar um novo termo assinado pela Contratante e a nova Corretora.
13. A cobrança do prêmio referente ao mês de inclusão é integral independentemente da data de inclusão do segurado no seguro.
14. A Contratante ou a Corretora Nomeada está sendo licenciada por parte da Contratada para o uso do aplicativo MECSAS.
15. Caso a Corretora seja nomeada para operar o MECSAS, esta transferência não

exime a Contratante de fornecer e responsabilizar-se pelas informações cadastradas.

16. A Contratante e a Corretora Nomeada declaram terem lido e que estão de acordo com as cláusulas e condições acima e comprometem-se com seu cumprimento.

17. A utilização do MECSAS será de responsabilidade da:

| | Contratante | | Corretora

18. As movimentações serão processadas no MECSAS de forma:

| | Agrupada | | Desagrupada

Local/Data: _____, _____ de _____ de _____.

Contratante
Assinatura e Carimbo

Corretora
Assinatura e Carimbo