

**SEGURO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

GRUPAL/GLOBAL

Produto 445 F

SUMÁRIO

PROPOSTA

CONDIÇÕES GERAIS	Pág
1 - OBJETO DO SEGURO	03
2 - DEFINIÇÕES	03
3 - SERVIÇOS COBERTOS PELO SEGURO	06
4 - SERVIÇOS NÃO COBERTOS PELO SEGURO	09
5 - AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS	11
6 - INCLUSÃO DE SEGURADO	12
7 - PRAZOS DE CARÊNCIA	13
8 - EMERGÊNCIA E URGÊNCIA DURANTE O PERÍODO DE CARÊNCIA	15
9 - PLANOS DO SEGURO E PADRÕES DE ACOMODAÇÃO	15
10 - ÍNDICE DE ADESÃO	16
11 - TABELA DE PRÊMIOS	16
12 - REEMBOLSO	17
13 - REAJUSTE DOS PRÊMIOS	19
14 - PAGAMENTO DOS PRÊMIOS	20
15 - CUSTEIO DO SEGURO	20
16 - REALIZAÇÃO DO SEGURO	21
17 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	21
18 - CANCELAMENTO DO SEGURO	21
19 - EXCLUSÃO DO SEGURADO	22
20 - TRANSFERÊNCIA DE PLANO	22
21 - EXTENSÃO DE COBERTURA ASSISTENCIAL AOS SEGUROS CONTRIBUTÁRIOS	23
22 - DIVERGÊNCIAS MÉDICAS	23
23 - SIGILO MÉDICO	23
24 - COMPROVAÇÃO DO GRUPO SEGURÁVEL E DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO	24
25 - FORO	24
--- CLÁUSULA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA 24 HORAS	25

SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S.A.

Registro na ANS nº 00004-3

**ESTIPULANTE
FENACEF****APÓLICE
38378****CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE****1. OBJETO DO SEGURO**

- 1.1** Serão reembolsadas ao Segurado as despesas efetuadas com os serviços médico-hospitalares relacionados no Rol de Procedimentos Médicos, 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.**
- 1.2** A relação dos serviços cobertos poderá ser atualizada com inclusões e exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

2. DEFINIÇÕES**2.1 Abrangência geográfica**

A abrangência geográfica deste seguro, com base na Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, é NACIONAL.

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 Autorização Prévia

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

2.5 Carência

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

2.6 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.

2.7 Cartão SulAmérica Saúde

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

2.8 Cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

2.9 Co-participação

Parte paga pelo Segurado pela realização de cada um dos procedimentos médico-hospitalares.

2.10 Coligada

Sociedade Comercial ou Civil vinculada ao Estipulante mediante participação no seu capital.

2.11 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 4.594/64, decreto-lei n.º 73/66 e Decreto n.º 60.459/67.

2.12 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.

2.13 Emergência

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

2.14 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.

2.15 Grupo Segurado

Conjunto de pessoas efetivamente incluído no Seguro.

2.16 Grupo Segurável

Conjunto de pessoas devidamente caracterizado pelo vínculo concreto empregatício e/ou societário mantido com o Estipulante, e seus respectivos Dependentes Seguráveis, passível de aderir ao Seguro.

2.17 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.

2.18 Internação Hospitalar

Período de hospitalização do Segurado para tratamento clínico ou cirúrgico em decorrência de:

- a) Evento que exija atendimento médico-hospitalar imediato - Emergência ou Urgência;
- b) Evento programado com antecedência - Eletivo.

2.19 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.

2.20 Plano de Seguro

É o conjunto de garantias relativas à assistência médica e/ou hospitalar disponibilizado pela Seguradora aos Segurados e seus dependentes, que diferenciam-se quanto a: Padrão de Acomodação Hospitalar e/ou Rede Referenciada e/ou Múltiplos de Reembolso e valor do Prêmio.

2.21 Prêmio

Quantia paga mensal e antecipadamente pelo Estipulante à Seguradora, em moeda corrente nacional, para garantir o direito ao Seguro contratado.

2.22 Proponente

Pessoa física, devidamente caracterizada pelo vínculo concreto empregatício e/ou societário com o Estipulante, 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.

2.23 Proposta de Seguro

É o documento formal, parte integrante do contrato, preenchido e assinado em nome dos proponentes e dependentes, no qual o Estipulante expressa a intenção de ingressar no seguro saúde, manifestando pelo conhecimento de suas obrigações e direitos. A Proposta de Seguro conterá, obrigatoriamente, as Condições Gerais do contrato de Seguro e, quando houver, as Condições Particulares do Seguro.

2.24 Rede Referenciada

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

2.25 Reembolso

É o ressarcimento efetuado pela Seguradora ao Segurado Titular, das despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas por ele ou por seus dependentes Segurados, desde que cobertas pelo seguro.

2.26 Segurado

Pessoas efetivamente incluídas no Seguro, classificadas como:

a) Segurado Titular

Pessoa com vínculo concreto empregatício e/ou societário mantido com o Estipulante, devidamente incluída no Seguro, responsável pelas informações prestadas no Cartão Proposta.

b) Segurado Dependente

Dependente Segurável efetivamente incluído no Seguro.

2.27 Seguradora

Sul América Seguro Saúde S. A., pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Seguros de Assistência à Saúde, registrada sob o nº 00004-3 na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

2.28 Sinistralidade

Resultado da divisão do valor total dos Sinistros pelo total de Prêmios cobrados durante o período de apuração.

2.29 Sinistro

Qualquer despesa coberta, efetuada com o atendimento médico-hospitalar do Segurado.

2.30 Tabela SulAmérica Saúde

Relação de procedimentos médico-hospitalares que servirá como base para o Reembolso das despesas 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 Médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no 3º Cartório de Registro de Títulos e Documentos da cidade de São Paulo para a Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

2.31 Urgência

Evento resultante de Acidente Pessoal ou complicações no processo gestacional.

3. SERVIÇOS COBERTOS PELO SEGURO

Respeitados os critérios estabelecidos na Tabela SulAmérica Saúde para Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, estão cobertas as despesas médico-hospitalares relacionadas com os procedimentos descritos a seguir.

3.1 EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

Atendimentos de Emergência ou Urgência, comprovadas e justificadas através de relatório do Médico Assistente, que evoluírem para Internação Hospitalar, desde a admissão do Segurado no hospital até sua alta.

3.2 ACIDENTES PESSOAIS

Tratamento médico-hospitalar do Segurado em decorrência de Acidente Pessoal, comprovado e justificado através de relatório do Médico Assistente.

3.3 CONSULTAS MÉDICAS

Consultas Médicas realizadas por profissionais legalmente habilitados, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e realizadas em consultórios ou clínicas especializadas.

3.4 EXAMES

- a) Análise clínica;
- b) Anatomia patológica;
- c) Ecocardiografia;
- d) Eletrocardiografia;
- e) Eletroencefalografia;

- f) Endoscopia;
- g) Radiologia;
- h) Ultra-sonografia;
- i) Tomografia Computadorizada;
- j) Ressonância Magnética;
- k) Demais exames solicitados pelo Médico Assistente, em conformidade com o estabelecido no Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na época de realização do evento.

3.5 TERAPIAS

- a) Fisioterapia;
- b) Quimioterapia;
- c) Radioterapia;
- d) Litotripsia;
- e) Hemodiálise e Diálise Peritoneal;
- f) Hemoterapia;
- g) Psicomotricidade;
- h) Fonoaudiologia;
- i) Tratamento esclerosante de varizes dos membros inferiores;
- j) Terapia Ocupacional;
- k) Ludoterapia;
- l) Psicoterapia Adolescente/Adulto – sem limite de sessões/ano, porém, previamente autorizado para 07(sete) sessões. Caso haja a necessidade de sessões adicionais, deverá ser efetuado somente através de justificativa médica.
- m) Demais terapias solicitadas pelo Médico Assistente, em conformidade com o estabelecido no Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na época de realização do evento.

3.5.1 A solicitação de autorização prévia para os tratamentos relacionados nas letras “g, h, i, j, k” do subitem 3.5, deverá estar acompanhada dos seguintes documentos:

a) requisição ou prescrição de médico especialista na área, onde conste o tratamento proposto e o diagnóstico ou dados clínicos, que justifiquem o procedimento;

b) relatório do médico, ou profissional paramédico, que irá executar o tratamento proposto, com sua avaliação e a respectiva programação, isto é, o número de sessões semanais e o período aproximado de tratamento.

3.6 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;**
- c) Atendimento clínico, assim entendido aquele realizado sob orientação do Médico Assistente.

3.7 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

As Internações Hospitalares poderão ocorrer em razão de:

- a) Procedimentos clínicos, cirúrgicos e obstétricos, pelo período determinado pelo Médico Assistente;
- b) Tratamento por dependência química em hospital geral, pelo período de até 15 (quinze) dias, não cumulativos, por ano de vigência;
- c) **Tratamento dos Transtornos psiquiátricos em situações de crise:**
 - c1) 30 (trinta) dias, **não cumulativos, por ano de vigência, em unidade de terapia ou enfermaria psiquiátrica de hospital psiquiátrico ou geral para**, tratamento dos transtornos psiquiátricos em situações de crise;
 - c2) 8 (oito) semanas, **não cumulativas, por ano de vigência, em regime de Hospital-Dia**, para tratamento dos transtornos psiquiátricos em situações de crise;
 - c3) **180 (cento e oitenta) dias**, não cumulativos, por ano de vigência, **em regime de Hospital-Dia**, para tratamento dos seguintes **diagnósticos**:

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

3.7.1 Co-participação

Haverá Co-participação do Segurado correspondente a 50% (cinquenta por cento) das despesas cobertas a partir do 1º (primeiro) dia subsequente aos prazos definidos nas alíneas "b" e "c1" do subitem 3.7.

3.7.2 DIÁRIAS E TAXAS HOSPITALARES

Diárias e taxas hospitalares, previstas na Tabela SulAmérica Saúde, de acordo com o serviço realizado.

3.7.3 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

Acomodação fornecida pelo Hospital para 1 (um) acompanhante do Segurado menor de 18 (dezoito) anos ou quando previsto no plano do Segurado.

3.7.4 MEDICAMENTOS E MATERIAIS CIRÚRGICOS

Medicamentos, anestésicos, gases medicinais, materiais cirúrgicos e demais recursos terapêuticos indispensáveis ao tratamento do Segurado.

3.7.5 HONORÁRIOS MÉDICOS

- a) Honorários do cirurgião, auxiliares e anestesista, previstos na Tabela SulAmérica Saúde, pelos serviços realizados durante o período de internação do Segurado;
- b) Honorários médicos referentes a **1 (uma) visita médica hospitalar por dia de Internação Hospitalar e 1 (um) médico por especialidade**, exceto para os casos devidamente justificados através de relatório médico.

3.7.6 EXAMES

Exames complementares prescritos pelo Médico Assistente, necessários ao controle da evolução da doença **realizados durante o período de Internação Hospitalar**.

3.7.7 REMOÇÕES

Remoção do Segurado internado, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar. A remoção será terrestre, através de ambulância simples ou UTI, devendo ser solicitada e justificada através de relatório do Médico Assistente.

3.8 ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

Assistência médico-hospitalar ao recém-nascido, por período máximo de 30 (trinta) dias contados da data de nascimento, **realizados em regime de Internação Hospitalar**.

3.9 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

Transplante de órgãos, incluindo:

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

3.9.1 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.

4. SERVIÇOS NÃO COBERTOS PELO SEGURO

Estão expressamente excluídas da Cobertura deste Seguro, as despesas relacionadas a seguir:

- 4.1 **Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- 4.2 **Internações Hospitalares, tratamentos ambulatoriais mesmo que decorrentes de Emergência e Urgência, exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;**

- 4.3 **Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e tratamentos cirúrgicos para alterações do corpo;**
- 4.4 **Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética;**
- 4.5 **Enfermagem particular seja em hospital ou residência, assistência médica domiciliar, consulta domiciliar e *Home Care*, mesmo que as condições do Segurado exijam cuidados especiais ou extraordinários;**
- 4.6 **Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e qualquer outro procedimento de Medicina Ortomolecular, Terapia Ocupacional, Psicologia, exceto psicomotricidade;**
- 4.7 **Aparelhos ortopédicos;**
- 4.8 **Cirurgias plásticas e tratamentos clínicos ou cirúrgicos, com finalidade estética ou social, mesmo que justificados por uma causa médica;**
- 4.9 **Tratamentos de emagrecimento, senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescência e suas conseqüências e quaisquer outros realizados em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, clínicas de emagrecimento, *SPAs*, ou similares;**
- 4.10 **Curativos e medicamentos, de qualquer natureza, ministrados ou utilizados fora do regime de Internação Hospitalar ou fora do atendimento ambulatorial;**
- 4.11 **Materiais e medicamentos importados não nacionalizados e os não reconhecidos pelo órgão governamental competente;**
- 4.12 **Vacinas e autovacinas;**
- 4.13 **Inseminação artificial e quaisquer outros métodos de tratamento de infertilidade; vasectomia com finalidade de anti-concepção e suas reversões; laqueadura e suas reversões, dispositivos anticonceptivos e provas de paternidade;**
- 4.14 **Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou solicitados pelo Médico Assistente;**
- 4.15 ***Check-up*, ou seja, solicitação de exames sem que o Segurado apresente doença ou sintoma;**
- 4.16 **Aluguel de equipamentos e aparelhos não relacionados com o atendimento médico-hospitalar, durante a Internação Hospitalar, tais como: respirador, cama hospitalar, cadeira de rodas, muletas, andador e qualquer outro com a mesma finalidade;**
- 4.17 **Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar, durante a Internação Hospitalar, tais como: jornais, TV, telefone, frigobar e estacionamento;**

- 4.18 Qualquer despesa com acompanhante diferente da prevista nesta Proposta de Seguro;
- 4.19 Remoção decorrente de procedimentos não cobertos pelo Seguro e remoções por via aérea ou marítima;
- 4.20 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 4.21 Tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de Acidente Pessoal;
- 4.22 Procedimentos médico-hospitalares para os quais o Segurado ainda esteja em período de Carência, ressalvados os casos da cobertura de Emergência e Urgência;
- 4.23 Despesas com possíveis candidatos a doadores de órgãos para transplante;
- 4.24 Despesas com a internação ou permanência da Segurada parturiente após sua alta hospitalar;
- 4.25 Exames Admissionais, Periódicos e Demissionais;
- 4.26 Procedimentos que não constem do Rol de Procedimentos Médicos, para a Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente na data de realização do Evento.

5. AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

- 5.1 A autorização prévia somente será efetivada pela seguradora mediante avaliação das informações constantes na solicitação do Médico Assistente e dos documentos específicos apresentados de acordo com os procedimentos elencados abaixo:

5.1.1 Internações: clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas.

5.1.2 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).

5.1.3 Serviços auxiliares de terapia, tais como: fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia anti-neoplásica, radioterapia, braquiterapia, litotripsia, diálise, hemodiálise, hemofiltrações, psicoterapia de crise (por sessão), psicoterapia adolescente/adulto, psicomotricidade, fonoaudiologia, monitorização de pressão intracraniana e acupuntura.

5.1.4 Serviços Ambulatoriais, tais como: cirurgias ambulatoriais com porte anestésico maior que zero e cirurgias de refração em oftalmologia, tanto unilaterais quanto bilaterais, conforme grau estabelecido no Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS à época da realização do evento.

5.1.5 Remoções.

- 5.2** Para análise adequada da Autorização Prévia, 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.
- 5.3** Na Autorização Prévia para internação está prevista a quantidade de diárias de acordo com o tipo de tratamento. Quando necessária a permanência hospitalar por um período maior, a prorrogação da Autorização Prévia deverá ser solicitada à Seguradora.
- 5.4** **Não serão reembolsadas despesas relacionadas com procedimentos descritos no subitem 5.1 sem a prévia e expressa autorização da Seguradora.**

6. INCLUSÃO DE SEGURADOS

- 6.1** Após o período de implantação, todos os novos componentes do Grupo Segurável deverão ser incluídos no Seguro, respeitando as mesmas condições e valores vigentes.
- 6.2** Para a inclusão de novo Segurado, o Estipulante deverá entregar à Seguradora em até 30 (trinta) dias da data de admissão, casamento, nascimento ou outro evento que habilite seu ingresso no Seguro, os seguintes documentos:
- Formulários fornecidos pela Seguradora, devidamente preenchidos e assinados pelo Segurado Titular e pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da Empresa;
 - Cópia de documentos que comprovem o vínculo concreto empregatício ou societário com o Estipulante; e
 - Cópia de documentos que comprovem a relação de dependência com o Segurado Titular, ou seja: certidão de nascimento, casamento, declaração de união estável firmada em cartório, tutela ou guarda judicial.
- 6.3** Os Cartões Proposta preenchidos em desacordo com as condições estabelecidas e contratadas nesta Proposta de Seguro, serão devolvidos ao Estipulante, que terá 15 (quinze) dias para a regularização, contados a partir da data de devolução pela Seguradora.
- 6.3.1** Ultrapassado o prazo para regularização, a Seguradora iniciará novo prazo para análise da inclusão, a partir da reapresentação dos Cartões Proposta.
- 6.4** O Segurado incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias terá como data de início de vigência a mesma data do evento que caracterizou sua condição de Proponente ou Dependente Segurável e estará isento do cumprimento de Carência.
- 6.5** O Segurado incluído após o prazo de 30 (trinta) dias terá como data de início de vigência o 1º (primeiro) dia do mês subsequente à solicitação de inclusão e cumprirá os prazos de Carência, conforme estabelecido no subitem 7.3 destas Condições Gerais.
- 6.6** Os Cartões SulAmérica Saúde entregues pela Seguradora são de inteira responsabilidade do Estipulante.

6.7 Os segurados beneficiários do seguro e seus dependentes que forem excluídos da apólice 38378 supra, ou provenientes do PAMS/CAIXA da CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, bem como da apólice nº 38379, do estipulante CAIXA SEGURADORA S/A, em razão de completarem a idade de 24 anos, poderão ser reincluídos na primeira, sem carência, desde que o pedido ocorra no prazo de 30(trinta) dias, a contar da data de exclusão, bem como comprove associação junto à FENACEF.

7. PRAZOS DE CARÊNCIA

7.1 Inclusões no início de vigência

Todos os componentes do grupo segurável que venham a ele aderir, nos primeiros 60 (sessenta) dias, serão incluídos neste seguro, sem qualquer carência.

7.2 Inclusões após o início de vigência

Os componentes do grupo segurável, que venham a ser incluídos **após o prazo previsto no item 7.1**, ficarão sujeitos aos prazos de carência do subitem 7.3.

Os componentes do grupo segurável que forem incluídos **após o prazo estabelecido nos subitens 6.4 e 6.5**, Inclusão de Segurados, destas Condições Gerais, cumprirão os prazos de carência do subitem 7.3.

7.3 Grupos de Carência

A seguir estão especificados os prazos de aquisição de direitos, desde que cobertos pelo plano, conforme descrito no item 3.

Grupo de Carência	Aquisição de Direito	Serviços Médicos e Hospitalares
0	A partir da 0 (zero) hora da data de adesão	Casos de acidentes pessoais
	A partir de 24 (vinte e quatro) horas da data de adesão	Casos de emergência e os de complicação do processo gestacional limitado às 12 (doze) primeiras horas de atendimento ambulatorial
1	A partir de 15 (quinze) dias da data de adesão	Cobertura para: consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), exames e terapias, em regime externo, constantes da Tabela Sul América Saúde, respeitando os prazos para os procedimentos descritos nos itens seguintes
2	A partir de 180 (cento e oitenta) dias da data de adesão	Cobertura 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, respeitando os prazos para os procedimentos descritos nos itens seguintes
3	A partir de 300 (trezentos) dias da data de adesão	A segurada terá cobertura para parto a termo
4	A partir de 180 (cento e oitenta) dias da data de adesão	Cobertura para: transplantes de rim, córnea, coração, medula óssea, pâncreas, pulmão e fígado, implantes, próteses e órteses internas relacionadas ao ato cirúrgico
5	A partir de 180 (cento e oitenta) dias da data de adesão	Cobertura para: internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise, cirrose hepática acupuntura, psicoterapia de crise, tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e cirurgias de refração em oftalmologia conforme estabelecido no Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar
6	A partir de 180 (cento e oitenta) dias da data de adesão	Cobertura para: tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS e quaisquer doenças dela decorrentes

7.4 Os direitos adquiridos após o cumprimento dos prazos de Carência terão sua continuidade garantida, desde que observadas as condições estabelecidas na Proposta de Seguro.

7.5 O pagamento antecipado do prêmio mensal não determinará o fim dos prazos de carência previstos no subitem 7.3. destas Condições Gerais.

8. EMERGÊNCIA E URGÊNCIA DURANTE O PERÍODO DE CARÊNCIA

8.1 Nos casos de Emergência ou Urgência, durante o cumprimento dos períodos de Carência descritos neste Seguro, o Segurado terá a Cobertura ambulatorial assegurada de até 12 (doze) horas de atendimento.

8.2 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 à Seguradora.

8.3 Quando ficar caracterizada pelo Médico Assistente a necessidade de internação ou a falta de recursos técnicos para a continuidade do atendimento de Emergência ou Urgência, a Seguradora efetuará a remoção do Segurado para unidade do Sistema Único de Saúde – SUS que disponha dos recursos necessários para garantir o tratamento.

8.4 A Seguradora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção caso o Segurado ou seu responsável legal opte, mediante assinatura do termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela do Sistema Único de Saúde – SUS definida no subitem anterior.

8.5 Na impossibilidade da remoção em decorrência de risco de vida do Segurado, a responsabilidade financeira pela continuidade da assistência deverá ser negociada entre a instituição e o Segurado ou seu responsável legal, desobrigando assim a Seguradora de qualquer ônus.

9. PLANOS DE SEGURO E PADRÕES DE ACOMODAÇÃO

9.1 Planos de Seguro

9.1.1 Na ocasião da assinatura da Proposta de Seguro, o Estipulante elege um ou mais planos entre as opções existentes, cabendo-lhe os direitos e obrigações específicos, estabelecidos nestas Condições Gerais e Particulares, quando houver.

9.1.2 Os planos de Seguro são: **Básico, Especial, Especial II, Executivo I, Executivo II, Executivo III, Executivo IV, Executivo V e Máximo.**

9.1.3 Os planos de seguro diferenciam-se em função de: Padrão de Acomodação, Múltiplos de Reembolso e Rede Referenciada.

9.2 Padrões de Acomodação

9.2.1 São os tipos de acomodação que poderão ser utilizados pelo Segurado, em função do plano contratado, no caso de internação hospitalar, em hospital integrante da Rede Referenciada.

9.2.2 Plano de Seguro Básico - internação em quarto coletivo ou enfermaria, com direito à diária para acompanhante exclusivamente se o paciente Segurado for menor de 18 anos e se no hospital houver acomodação.

9.2.3 Demais Planos de Seguro - internação em apartamento ou quarto individual, se existente, com direito a acompanhante.

9.2.4 No caso de utilização do sistema de Livre Escolha com Reembolso, o Segurado optará pelo padrão de acomodação que for mais conveniente, respeitando-se os limites de reembolso do plano de seguro para ele contratado.

9.3 O Plano dos Dependentes Segurados será sempre o mesmo do Segurado Titular.

10. ÍNDICE DE ADESÃO

10.1 O seguro somente será aceito pela Seguradora e entrará em vigor se, após sua implantação, e em relação ao grupo segurável que serviu de base para o estudo inicial, atingir o seguinte índice mínimo de adesão:

Nº DE COMPONENTES DO GRUPO SEGURÁVEL	ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO
De 31 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%

10.2 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 e o Grupo Segurável estudado ou nas demais informações prestadas no formulário Solicitação de Estudo. Neste caso, será elaborado novo estudo para aprovação do Estipulante.

11. TABELA DE PRÊMIOS

A tabela de prêmios da Seguradora, constante na Proposta de Estudo que é parte integrante destas Condições Gerais, também deverá ser assinada pelo Estipulante. A tabela está expressa em moeda corrente nacional, por faixa etária, para cada um dos planos contratados.

12. 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.

12.1 Diárias Hospitalares

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

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

12.2 Taxas de Sala

Para efeito de reembolso são consideradas Taxas de Sala:

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

12.3 Medicamentos e Materiais Cirúrgicos

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços do Guia Farmacêutico Brasíndice, vigente na data de sua utilização. Medicamentos e materiais não constantes no referido guia serão reembolsados com base na tabela SIMPRO. Os materiais não constantes de ambos os guias serão reembolsados de acordo com os preços médios de venda no mercado.

12.4 Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

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

12.5 Múltiplos de Reembolso

Plano de Seguro	Segurado Não Internado		Segurado Internado	
	Consultas Médicas	Diagnose / Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares e SADT
Básico	1,0	1,0	1,0	1,0
Especial	1,0	1,0	2,0	1,0
Especial II	2,0	1,0	2,0	2,5
Executivo I	3,0	3,0	4,0	4,0
Executivo II	3,0	3,0	6,0	6,0
Executivo III	3,0	3,0	8,0	8,0
Executivo IV	4,0	3,0	10,0	10,0
Executivo V	5,0	4,0	12,0	12,0
Máximo	6,0	5,0	15,0	15,0

SADT = Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia

- 12.6** 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 e não será, sob nenhuma hipótese, ser superior ao valor efetivamente pago pelo Segurado para as respectivas despesas.
- 12.7** O valor correspondente à co-participação nas internações psiquiátricas ou para tratamentos de dependência química previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.
- 12.8** O reembolso de despesas médicas e/ou hospitalares realizadas no Exterior será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de compra, vigente na data da quitação do atendimento realizado.
- 12.9** 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.
- 12.10** Se os documentos apresentados não possibilitarem a análise técnica necessária para o Reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Seguradora solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido.
- 12.11** 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.
- 12.12** 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.

13. REAJUSTE DOS PRÊMIOS

13.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

O valor do Prêmio será reajustado sempre no mês de julho, independentemente do início de vigência do Seguro, com base na avaliação dos custos médico-hospitalares, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do Seguro, realizada por empresa de auditoria independente.

13.2 Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

13.2.1 O Prêmio poderá ser recalculado trimestralmente em função da sinistralidade apurada a partir do 6º (sexto) mês de vigência do Seguro.

13.2.2 A primeira apuração ocorrerá no 7º (sétimo) mês e serão ignorados os 3 (três) primeiros meses. Neste caso, o primeiro período de apuração compreenderá o 4º (quarto), 5º (quinto) e 6º (sexto) mês de vigência. A aplicação do resultado da apuração dar-se-á no 9º (nono) mês de vigência do Seguro.

13.2.3 As apurações subseqüentes terão por base o período compreendido entre o último reajuste aplicado e o mês da efetiva análise, desde que este período seja inferior a 12 (doze) meses. Quando o período for superior, será limitado aos últimos 12 (doze) meses de apuração.

13.2.4 A Seguradora apresentará ao Estipulante o cálculo do Prêmio estimado em decorrência do resultado da Sinistralidade no período, com 30 (trinta) dias de antecedência da aplicação do novo Prêmio.

13.2.5 Os Prêmios recalculados, em razão da Sinistralidade, deverão ser pagos automaticamente na fatura do mês seguinte ao da apuração.

13.2.6 O índice de Sinistralidade, para efeito da revisão dos Prêmios, será sempre o resultado da divisão total dos Sinistros pelo total de Prêmios cobrados durante o período de apuração.

13.2.7 Sempre que o índice Sinistro/Prêmio (ISP) estiver acima de 0,75 (setenta e cinco centésimos), os Prêmios serão reajustados conforme a seguinte fórmula:

$$\text{PN} = \frac{\text{PA} \times \text{ISP}}{0,75}$$

Onde:

PN = Prêmio Novo
PA = Prêmio Atual
ISP = Índice Sinistro/Prêmio
0,75 = Índice Máximo de Sinistralidade

13.3 Reajuste Técnico do Prêmio

A Seguradora reserva-se o direito de trimestralmente recalculer o Prêmio Mensal sempre que o Prêmio médio, calculado com base na composição etária do Grupo Segurado, resultar diferença superior a 5% (cinco por cento) do prêmio médio da implantação do Seguro ou do último reajuste feito com base neste item.

14. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

14.1 O Prêmio Mensal será constituído pela soma dos Prêmios individuais de cada Segurado acrescido dos encargos previstos na legislação vigente.

14.2 O vencimento dos Prêmios Mensais ocorrerá sempre no 5º (quinto) dia do mês de cobertura do risco. Caso a data coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito no primeiro dia útil subsequente.

14.3 Os Prêmios individuais e acertos de Prêmio decorrentes das alterações de planos, inclusões e exclusões de Segurados, serão contabilizados no prêmio Mensal do mês subsequente às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento, não existindo cobrança pró-rata.

14.3.1 As movimentações de Segurados ocorridas após o fechamento da fatura serão consideradas como acerto de Prêmio no faturamento do Prêmio Mensal subsequente.

14.4 O valor do Prêmio Mensal em atraso será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois por cento), além de correção diária, calculada com base em índice oficial.

14.5 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.

14.5.1 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.

14.6 O atraso no pagamento do Prêmio Mensal por período superior a 30 (trinta) dias, resultará no Cancelamento automático do Seguro.

14.7 O pagamento de Prêmio Mensal não quita eventuais débitos anteriores.

14.8 Se a Seguradora não identificar o pagamento de qualquer Prêmio Mensal vencido, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

15. CUSTEIO DO SEGURO

15.1 O custeio do Seguro poderá ser **Não Contributário** ou **Contributário**:

15.1.1 Não Contributário

Os Segurados não contribuem com o pagamento dos Prêmios do Seguro.

15.1.2 Contributário

Os Segurados contribuem parcial ou totalmente com o pagamento dos Prêmios referentes ao plano oferecido pelo Estipulante.

15.2 A responsabilidade do recolhimento das contribuições e efetivo pagamento dos Prêmios integrais à Seguradora, em qualquer dos critérios anteriores, é do Estipulante.

16. REALIZAÇÃO DO SEGURO

O seguro será realizado apenas nas duas formas previstas a seguir:

- a) exclusivamente para os Segurados Titulares;
- b) para os Segurados Titulares e seus dependentes.

17. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

17.1 O início de vigência do Seguro será a partir da zero hora do primeiro dia do mês do pagamento da 1ª (primeira) fatura mensal.

17.2 O período de vigência deste Seguro é de 12 (doze) meses, renovado automaticamente por períodos sucessivos de 12 (doze) meses, salvo manifestação em contrário por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, de qualquer das partes.

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

17.3.1 A Proposta de Adesão e os Cartões Proposta com preenchimento incorreto ou documentos incompletos serão devolvidos ao Estipulante, que terá 5 (cinco) dias para a regularização.

17.3.2 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.

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1 O Seguro estará sujeito ao cancelamento, sem direito a devolução dos Prêmios pagos, nas seguintes situações:

- a) Por solicitação do Estipulante, mediante comunicação por escrito à Seguradora, com no mínimo 30 (trinta) dias de antecedência;
- b) Quando a natureza dos riscos do Grupo Segurado sofrer alteração, tornando inviável a sua manutenção pela Seguradora, que comunicará ao Estipulante por escrito em no mínimo 30 (trinta) dias;
- c) Quando o Grupo Segurado reduzir-se a número inferior a 31 (trinta e uma) vidas;
- d) Por inadimplência superior a 30 (trinta) dias;

- e) Quando o Estipulante, Proponente ou seu responsável legal não fizer declarações verdadeiras e completas na Proposta de Adesão ou no Cartão Proposta, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do Seguro ou no valor do Prêmio mensal, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro.

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

18.2.10 Estipulante será responsável pelo pagamento das despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o desligamento do Segurado ou cancelamento do Seguro, acrescidas de taxa administrativa de 12% (doze por cento).

19. EXCLUSÃO DO SEGURADO

19.1 O Segurado Titular será excluído do Seguro nos seguintes casos:

- a) Cancelamento do Seguro pelo Estipulante;
- b) Término do vínculo concreto empregatício e/ou societário com o Estipulante, resguardado, quando for o caso, o direito de Extensão de Cobertura Assistencial previsto na legislação vigente;
- c) Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas do Seguro ou da Seguradora, praticadas por qualquer dos Segurados.

19.2 O Segurado Dependente será excluído do Seguro nos casos de:

- a) Perda da condição de dependência definida na Proposta de Seguro;
- b) Cancelamento do Segurado Titular.

19.3 A exclusão dos Segurados será efetuada no último dia do mês de vigência em que ocorrer a constatação pela Seguradora do motivo previsto.

20. TRANSFERÊNCIA DE PLANO

20.1 A transferência para o plano imediatamente superior poderá ocorrer na data de Aniversário do Seguro, quando solicitada com antecedência de 30 (trinta) dias.

20.2 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 em até 30 (trinta) dias da data da promoção, respeitando ainda a condição dos demais Segurados de igual cargo ou função.

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

21. EXTENSÃO DE COBERTURA ASSISTENCIAL AOS SEGUROS CONTRIBUTÁRIOS

21.1 Por Exoneração, Rescisão do Contrato de Trabalho ou Aposentadoria

21.2 No caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, ou aposentadoria, ao funcionário e/ou sócio com vínculo empregatício concreto e que tenha contribuído para o plano, será assegurado o direito de manter a sua condição de beneficiário, bem como a mesma cobertura assistencial que gozava quando da vigência de seu contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do prêmio.

21.3 O Estipulante deverá oferecer, ao exonerado ou demitido, ou aposentado, no ato da rescisão contratual, a extensão da cobertura acima, comunicando à Seguradora em um prazo máximo de 30 (trinta) dias após o desligamento.

21.4 Será de inteira responsabilidade do Estipulante solicitar à Seguradora o plano de saúde a ser disponibilizado aos ex-funcionários citados, bem como tomar as medidas internas necessárias para a efetiva extensão de cobertura e arrecadação dos prêmios.

21.5 Para efeito de Extensão de Cobertura não serão consideradas, como contribuição, as co-participações do beneficiário.

21.6 A Extensão de Cobertura Assistencial cessará com o cancelamento do seguro do Estipulante.

22 DIVERGÊNCIAS MÉDICAS

22.1 As divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas aos serviços cobertos no Seguro serão resolvidas em perícia médica realizada por três membros: um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e o terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

22.2 Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempatador, sua designação será solicitada ao presidente da sociedade médica ou, em sua falta, a associação médica reconhecida oficialmente e sediada na localidade.

22.3 Cada parte contratante pagará os honorários ao médico que nomear, sendo que a remuneração do 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 COMPROVAÇÃO DO GRUPO SEGURÁVEL E DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO

A qualquer tempo, a Seguradora poderá solicitar os documentos necessários para fazer a comprovação do vínculo empregatício e verificar se houve variação do Grupo Segurável.

25 FORO

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

SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S.A.
 Registro na ANS nº 00004-3

Proposta/Certificado nº

CLÁUSULA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA 24 HORAS

ESTIPULANTE
 FENACEF

CLASSE

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 Atendimento Saúde 24 Horas, não cabendo em nenhuma hipótese, a utilização do sistema de livre escolha, com reembolso das despesas.

1.1 Serviços prestados no Brasil, para todos os planos de seguro disponíveis, e no Exterior (exceto nos países em estado de guerra ou instabilidade política notória), somente para os Segurados de planos Executivo e Máximo.

a) Remoção do Segurado

Se em 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, ou naquele em que se encontravam, a Assistência 24 Horas providenciará e custeará o transporte para o retorno.

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

Caso o Segurado fique hospitalizado por mais de 5 (cinco) dias e necessite de acompanhante, serão fornecidas passagens de ida e volta, pelo meio de transporte à escolha da Assistência 24 Horas, para que uma pessoa indicada pelo Segurado, que resida e se encontre 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 estiver hospitalizado.

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.

A hospedagem não inclui quaisquer despesas extras (frigobar, jornais, estacionamento, etc.), obedecendo ao limite máximo de R\$ 100, 00 (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, 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.

A hospedagem não inclui quaisquer despesas extras (frigobar, jornais, 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.

i) Motorista substituto no Brasil

Caso o Segurado fique impossibilitado de dirigir, 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.

j) Reembolso de tarifa por Passagem Perdida

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

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

1.2 Serviços prestados exclusivamente aos Segurados de planos Executivo e Máximo.

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

Em caso de falecimento ou hospitalização do Segurado, a Assistência 24 Horas providenciará um acompanhante para o retorno dos filhos do Segurado, menores de 14 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;
- b) em razão de gravidez, salvo complicações imprevisíveis, e em qualquer caso, após o sexto mês;
- c) serviço de retorno ao domicílio após 30 (trinta) da alta médica, comprovada por liberação formal e por escrito do Médico Assistente ou do serviço hospitalar responsável pelo atendimento do Segurado;
- d) em virtude de convalescença e/ou infecção em curso de tratamentos não terminados;
- e) recaída de doença anteriormente contraída, que comportava riscos de agravamento ou Segurados em curso de doença ativa, manifestada antes do início da viagem;

- f) hospitalização para tratamento estético;
- g) suicídio, tentativa de suicídio, duelo, rixa, alcoolismo, uso de tóxicos ou drogas não prescritas por médicos, bem como ato doloso praticado pelo Segurado;
- h) 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;
- i) 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;
- j) viagem contra-indicada 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 infra-estrutura;
- 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.

1.5 Responsabilidades

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

2 Disposições Finais

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

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