CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES COLETIVO EMPRESARIAL AMIL 701-4 PME

CLÁUSULAS	ASSUNTO	PÁGINA
	Conceitos	1
1	Dados Gerais do Contrato	4
	Qualificação da **CONTRATADA** e da **CONTRATANTE**	4
	Objeto do Contrato	4
	Nome Comercial e Número de Registro do Plano na ANS	4
	Tipo de Contratação	5
	Segmentação Assistencial do Plano	5
	Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde	5
	Área de Atuação do Plano de Saúde	5
	Padrão de Acomodação	5
	Formação de Preço do Contrato	6
	Serviços e Coberturas Adicionais	6
2	Atributos do Contrato	6
3	Condições de Admissão	6
4	Coberturas e Procedimentos Garantidos	10
5	Exclusões de Cobertura	20
6	Duração do Contrato	22
7	Carências	22
8	Doenças e Lesões Preexistentes	24
9	Atendimento de Urgência e Emergência	26
10	Acesso à Livre Escolha de Prestadores – Produtos com Reembolso para consultas, exames, honorários médicos, materiais e medicamentos	29
11	Acesso à Livre Escolha de Prestadores – Produtos com Reembolso exclusivamente para consultas e honorários médicos de procedimento	33
12	Mecanismos de Regulação	36
13	Formação de Preço e Contraprestação	43
14	Reajustes	45
15	Regras para Instrumentos Jurídicos de Plano Coletivo	49
16	Condições da Perda da Qualidade de **BENEFICIÁRIO**	54
17	Rescisão/Suspensão	56
18	Privacidade e Proteção de Dados Pessoais	59
19	Dos Códigos de Conduta e Programa de Ética e Compliance da **CONTRATADA**	60
20	Disposições Gerais	61
21	Do Foro	65
	ANEXO das Coberturas Adicionais	

Conceitos

Os termos abaixo, quando empregados neste contrato, terão os seguintes significados:

1 – **Área de Atuação do Produto –** especificação nominal dos municípios e/ou estados de cobertura e operação do plano, indicados de acordo com a Área Geográfica de Abrangência, nos quais a **CONTRATADA** está obrigada a garantir as coberturas de assistência à saúde, nos termos deste contrato;

2 – **Área Geográfica de Abrangência –** área em que a **CONTRATADA** está obrigada a garantir as coberturas contratadas. A área geográfica de abrangência pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios;

3 – **BENEFICIÁRIO –** pessoa física, titular ou dependente, vinculada à **CONTRATADA** por meio de contrato de plano de saúde individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão;

4 – **Carência –** período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual a **CONTRATANTE** paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária (CPT). Esses prazos correm de maneira independente e não podem ser somados;

5 – **Cobertura –** segmentação assistencial do plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde e compreende procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos e atendimento de urgência e emergência determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e neste contrato;

6 – **Cobertura Parcial Temporária (CPT) –** cobertura assistencial que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data da contratação do plano ou adesão a este, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, unidade coronariana, unidade intermediária e outros) e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente com as doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo **BENEFICIÁRIO** ou por seu representante legal por ocasião da contratação do plano ou adesão a este. Findo o prazo acima, a cobertura passará a ser integral, de acordo com a segmentação assistencial contratada e segundo os limites da Lei nº 9.656/98, do contrato e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

7 – **Coparticipação–** mecanismo de regulação financeira que consiste na participação na despesa assistencial a ser paga diretamente à **CONTRATADA**, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica **CONTRATANTE**, em caso de plano coletivo, após a realização do procedimento;

8 – **Dados Pessoais da CONTRATANTE –** significa qualquer dado pessoal que pertença à **CONTRATANTE**, que a **CONTRATADA** tenha recebido ou a que tenha tido acesso em conexão com o contrato;

9 – **Doença ou Lesão Preexistente (DLP) –** doença ou lesão da qual o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde;

10 – **Emergência –** como tal definidos os casos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o **BENEFICIÁRIO**, caracterizados em declaração do médico assistente;

11 – **Equipe de Saúde –** ver item "Porta de Entrada dos Serviços";

12 – **Franquia –** mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a **CONTRATADA** não tem responsabilidade de reembolso nem de pagamento da assistência à rede credenciada ou referenciada. A franquia é paga pelo **BENEFICIÁRIO** diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço;

13 – **Inseminação Artificial –** técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

14 – **Legislação de Proteção de Dados –** significa qualquer lei sobre privacidade e proteção de dados, incluindo a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), à qual a **CONTRATADA** esteja sujeita em conexão com o contrato (incluindo, sem limitação e a título de exemplo, interpretações, decisões, acordos ou diretrizes de qualquer autoridade governamental);

15 – **LGPD –** significa a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, assim como suas eventuais alterações, regulamentações ou substituições posteriores;

16 – **Porta de Entrada dos Serviços, equipe de saúde ou Unidade de Atenção Primária à Saúde –** são unidades pertencentes à rede credenciada do plano contratado e compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais profissionais de saúde. Essa equipe multidisciplinar não somente poderá realizar avaliação prévia, como também fornecer as primeiras orientações aos **BENEFICIÁRIOS**, realizar consultas médicas e de enfermagem, fazer o planejamento de todo o cuidado médico apropriado, incluindo a programação dos diferentes retornos e o agendamento dos exames e demais cuidados que forem considerados necessários, além de dar ao **BENEFICIÁRIO** todas as orientações de saúde. Após avaliação técnica, se necessário, a equipe de saúde poderá encaminhar o **BENEFICIÁRIO** a outros especialistas pertencentes à rede credenciada ou poderá fazer solicitação de exames e de procedimentos complementares;

17 – **Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (PEA) –** programas que têm o objetivo de estimular a criação de uma relação sólida entre os **BENEFICIÁRIOS** e sua respectiva equipe de saúde, de maneira a formar entre eles um vínculo de suporte e confiança. Nesse sentido, a **CONTRATADA** disponibiliza aos **BENEFICIÁRIOS** as unidades de atendimento que funcionam como porta de entrada dos serviços, denominadas "Unidades de Atenção Primária à Saúde";

18 – **Reajuste –** qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-financeiro na carteira em função da variação dos custos médico-hospitalares ocorrida no período de um ano ou decorrente do deslocamento do **BENEFICIÁRIO** de uma faixa etária para outra;

19 – **Rede Credenciada –** conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela **CONTRATADA** para oferecer cuidado aos **BENEFICIÁRIOS** em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A lista de todos os prestadores – médicos, clínicas, laboratórios e hospitais – com os serviços de especialidades e de acordo com o plano estará disponível no endereço eletrônico da **CONTRATADA**;

20 – **Reembolso –** mecanismo de regulação que permite o ressarcimento das despesas assistenciais realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** aos prestadores de serviços não pertencentes à rede credenciada ou referenciada ao plano, nos termos do disposto neste contrato;

21 – **Ressarcimento –** restituição das despesas assistenciais realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** ao prestador de serviços não credenciado em razão de atendimento de urgência ou emergência comprovada quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998;

22 – **Rol –** refere-se ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente na época da contratação e suas atualizações, bem como às suas Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas e Protocolos de Utilização. Para fins deste contrato, o Rol compreende a cobertura mínima que deve ser garantida pela **CONTRATADA**, de acordo com a segmentação do plano. A responsabilidade pela atualização do Rol é da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a lista completa de procedimentos contemplados por ele está disponível no site www.ans.gov.br;

23 – **Tabela Amil de Reembolso –** tabela que contém a relação dos procedimentos médico-hospitalares que servirá de base para o cálculo do reembolso de despesas médico-hospitalares realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** quando do acesso à livre escolha de prestadores, para planos que preveem essa modalidade. Essa relação poderá ser atualizada com inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o Rol. A Tabela de Reembolso está disponível para todos os **BENEFICIÁRIOS** no site da Amil (amil.com.br) e também se encontra registrada no 4º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro;

24 – **Tratamentos Clínicos ou Cirúrgicos Experimentais –** são experimentais aqueles assim considerados pelo Conselho Federal de Medicina: os tratamentos que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas/não regularizadas no país e aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada(o) na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

25 – **Urgência –** assim entendidos os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

26 – **Violação de Dados Pessoais –** significa um incidente de segurança que leve à destruição, perda, alteração, revelação não autorizada ou ao acesso, acidental ou ilegal, de dados pessoais.

1 | Cláusula Primeira

DADOS GERAIS DO CONTRATO

I. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA E DA CONTRATANTE

1.1 – A **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A**., empresa classificada como Medicina de Grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 32.630-5, doravante denominada **CONTRATADA**, encontra-se qualificada na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato.

1.2 – A **CONTRATANTE** é a pessoa jurídica identificada e qualificada na Proposta Contratual e que mantém, na qualidade de **BENEFICIÁRIO**, a população que com ela possui vínculo empregatício ou estatutário.

II. OBJETO DO CONTRATO

1.3 – O presente contrato tem por objeto a cobertura de custos e de despesas médicas e hospitalares realizadas por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO** exclusivamente na rede credenciada ou por meio de reembolso, desde que nos limites da cobertura previstos neste instrumento e no Rol.

1.3.1 – Todos os planos indicados na Proposta Contratual estão sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (“PEA”) e terão que seguir as diretrizes do Programa, nos termos da cláusula que trata dos Mecanismos de Regulação – Gerenciamento de Ações de Saúde.

III. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.4 – Os nomes comerciais e os números de registros dos planos perante a ANS, assim como as características específicas de cada produto, encontram-se descritos na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato.

1.4.1 – A escolha do plano será feita, exclusivamente, com base naqueles comercializados na região de atuação correspondente ao endereço da **CONTRATANTE**, conforme indicado na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato.

IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO

1.5 – O tipo de contratação deste plano é coletivo empresarial, com oferta de cobertura de assistência médica e hospitalar aos **BENEFICIÁRIOS** definida nos termos da cláusula que trata das condições de admissibilidade e elegibilidade.

V.SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO

1.6 – A segmentação assistencial do plano é aquela indicada na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato.

VI. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

1.7 – As coberturas previstas neste contrato e em seus eventuais ANEXOS serão prestadas na área geográfica especificada para o plano, conforme indicado na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato.

VII. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

1.8 – A área de atuação do plano é aquela indicada na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato.

VIII. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

1.9 – Em caso de internação hospitalar, o **BENEFICIÁRIO** terá direito à cobertura com acomodação em quarto coletivo (enfermaria) ou privativo (quarto ou apartamento), conforme descrito na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato.

1.9.1 – Em caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pelo plano, será garantido ao **BENEFICIÁRIO** acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

1.9.2 – O **BENEFICIÁRIO** que optar por internação hospitalar em acomodação superior à de seu plano, ressalvada a hipótese prevista no item anterior, ficará direta e unicamente responsável pelas despesas complementares relativas aos serviços médicos e hospitalares (diferença de padrão de acomodação e honorários médicos).

1.9.3 – As despesas a que faz referência o item anterior serão pagas pelo **BENEFICIÁRIO** diretamente ao prestador de serviço/hospital e/ou à equipe médica assistente.

IX. FORMAÇÃO DE PREÇO DO CONTRATO

1.10 – A formação de preço do plano é aquela indicada na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato, e suas regras estão indicadas na cláusula "Formação de Preço e Contraprestação".

X.SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

1.11 – Os serviços e as coberturas contratuais estão previstos em cláusula própria – "Coberturas e Procedimentos Garantidos" –, ao passo que os serviços e as coberturas adicionais, quando disponíveis no produto ou contratados, estarão descritos em ANEXO específico.

2 | Cláusula Segunda

ATRIBUTOS DO CONTRATO

2.1 – O presente contrato estabelece a prestação continuada de serviços ou a cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde, previsto no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656/98, e visa à assistência médica e hospitalar, com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS), e do Rol. Os serviços serão prestados aos **BENEFICIÁRIOS** por terceiros, de acordo com a área geográfica de abrangência, a rede credenciada do plano contratado, os parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e as demais condições, exclusões e limites definidos neste contrato.

2.2 – Este contrato tem a natureza de contrato aleatório, de adesão e bilateral, gerando, portanto, direitos e obrigações para ambas as partes, nas formas previstas no Código Civil, no Código de Defesa do Consumidor e na Lei nº 9.656/98. Desse modo, o **BENEFICIÁRIO** tem ciência de que a **CONTRATADA** não está obrigada a oferecer cobertura na hipótese de o procedimento solicitado não constar do Rol, deste contrato ou de seus eventuais ANEXOS.

3 | Cláusula Terceira

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1 – Na data de início da vigência deste contrato, a **CONTRATANTE** deverá incluir, no mínimo, 2 (dois) e, no máximo, 99 (noventa e nove) **BENEFICIÁRIOS**, entre titulares e dependentes, sendo essa quantidade mínima e máxima condição para início e manutenção do contrato.

3.1.1 – Caso a **CONTRATANTE** realize a opção pela contratação de planos pertencentes a outras linhas de produtos oferecidas pela **CONTRATADA**, a contabilização do número de **BENEFICIÁRIOS** poderá ser realizada conjuntamente, considerando o número total de **BENEFICIÁRIOS** incluídos em todos os planos contratados.

3.2 – Poderão ser admitidas como **BENEFICIÁRIO** Titular as pessoas físicas que mantenham com a **CONTRATANTE** relação empregatícia ou estatutária devidamente comprovada, podendo tal vínculo abranger:

(i) os sócios da **CONTRATANTE**;
(ii) os administradores da **CONTRATANTE**;
(iii) os demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à **CONTRATANTE**, ressalvado o disposto nos caputs dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98;
(iv) os agentes políticos;
(v) os trabalhadores temporários;
(vi) os estagiários e os menores aprendizes.

3.2.1 – Também serão consideradas elegíveis à inclusão, como **BENEFICIÁRIO** Titular, as pessoas físicas que mantenham relação empregatícia com a **CONTRATANTE**, as quais exerçam suas atividades/funções junto à sua filial.

3.3 – Poderão ser admitidas como **BENEFICIÁRIO** Dependente as seguintes pessoas físicas que possuam comprovado grau de parentesco em relação ao **BENEFICIÁRIO** Titular:

(i) esposa(o) ou companheira(o), condição comprovada mediante a apresentação de certidão de casamento ou de Escritura Pública de União Estável, conforme o caso;

(ii) filhos(as) solteiros(as) naturais ou adotivos(as) do **BENEFICIÁRIO** Titular, enteados(as), pessoas de quem o **BENEFICIÁRIO** Titular possua a guarda provisória ou definitiva e os(as) tutelados(as) pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, na forma da lei, desde que possuam até 24 (vinte e quatro) anos completos;

(iii) filhos do **BENEFICIÁRIO** Titular de qualquer idade com deficiência que impossibilite a realização de atividades para o sustento próprio, assim como os dependentes declarados no Imposto de Renda apresentado à Receita Federal do Brasil. Na impossibilidade de apresentação do documento citado (Imposto de Renda), poderão ser analisados outros documentos que tenham força legal para comprovação da dependência econômico-financeira.

3.3.1 – Em caso de pedido feito pelo **BENEFICIÁRIO** Titular para a inclusão de filho(s) natural(ais) nascido(s) sob vigência do presente contrato ou de filho(s) adotivo(s) menor(es) de 12 (doze) anos, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, respectivamente, devendo o **BENEFICIÁRIO** apresentar a respectiva documentação comprobatória do **BENEFICIÁRIO** Dependente.

3.3.2 – Caso o pedido de inclusão mencionado no item anterior seja feito pelo **BENEFICIÁRIO** Titular após decorrido o prazo de 30 (trinta) dias, a inclusão do **BENEFICIÁRIO** Dependente ocorrerá com a exigência do cumprimento dos prazos de carência dispostos neste contrato, conforme disposição prevista na cláusula própria – "Carências".

3.3.3 – A exclusão de **BENEFICIÁRIOS** dependentes que deixem de preencher os requisitos de elegibilidade, previstos contratualmente, será processada automaticamente pela **CONTRATADA**.

3.4 – São considerados **BENEFICIÁRIOS** deste contrato todos aqueles que (i) sejam comprovadamente elegíveis nos termos dos itens anteriores; (ii) tenham sido expressamente nomeados pela **CONTRATANTE** e cadastrados pela **CONTRATADA**, de acordo com as normas estabelecidas neste contrato; (iii) tenham sido habilitados como tal pela **CONTRATANTE** no momento da implantação do contrato ou venham a ser incluídos posteriormente pela **CONTRATADA**.

3.4.1 – Nenhuma indicação de **BENEFICIÁRIO** Dependente terá valor se não tiver sido feita mediante declaração escrita do **BENEFICIÁRIO** Titular, enviada à **CONTRATANTE** e ratificada pela **CONTRATADA**, na forma prevista na seção "Movimentação Cadastral".

3.4.2 – Sem prejuízo das declarações feitas pela **CONTRATANTE** e/ou pelos **BENEFICIÁRIOS**, as quais devem observar a boa-fé objetiva, a **CONTRATADA** poderá exigir, a qualquer tempo: (i) documentos constitutivos da pessoa jurídica **CONTRATANTE**; (ii) documentos que comprovem o vínculo entre o **BENEFICIÁRIO** Titular e a **CONTRATANTE** (comprovantes de vínculo empregatício, estatutário ou qualquer documento que demonstre a existência de um dos vínculos indicados no item 3.2 deste contrato, como carteira profissional e/ou E-Social ou cadastro de inscrição no FGTS); ou ainda (iii) documentos que comprovem o grau de parentesco e/ou a relação de dependência entre o **BENEFICIÁRIO** Titular e seus dependentes, como certidão de nascimento ou sentença de adoção, entre outros, cabendo à **CONTRATANTE**, em 72 (setenta e duas) horas, enviar à **CONTRATADA** os documentos solicitados, sob pena de exclusão contratual do **BENEFICIÁRIO** cuja elegibilidade não tiver sido comprovada, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

3.5 – Com relação aos **BENEFICIÁRIOS**, vigoram, ainda, as seguintes disposições:

3.5.1 – Quando referidos em conjunto, tanto os **BENEFICIÁRIOS** Titulares quanto os **BENEFICIÁRIOS** Dependentes serão denominados simplesmente **BENEFICIÁRIOS**;

3.5.2 – A admissão do **BENEFICIÁRIO** Dependente necessita da participação do **BENEFICIÁRIO** Titular no plano.

MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

3.6 – As inclusões ou exclusões cadastrais de **BENEFICIÁRIOS** obedecerão ao previsto neste contrato quanto a regras, critérios e condições de elegibilidade. Quanto aos prazos, deverão ser obedecidas pela **CONTRATANTE** e por seus **BENEFICIÁRIOS** as seguintes regras:

3.6.1 – Quando do cadastramento dos **BENEFICIÁRIOS**, a **CONTRATANTE** deverá indicar (i) os nomes e a classificação destes como titulares ou dependentes; (ii) a data de nascimento; e, (iii) tratando-se de **BENEFICIÁRIO** Dependente, o grau de parentesco deste para com o **BENEFICIÁRIO** Titular;

3.6.2 – As inclusões e exclusões cadastrais deverão ser informadas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da demissão/admissão ou da solicitação de inclusão/exclusão de **BENEFICIÁRIO** Dependente feita pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, decorrentes de casamento, constituição de união estável, nascimento, adoção ou óbito;

3.6.3 – Não serão permitidas inclusões de **BENEFICIÁRIOS** que não tiverem comprovado o vínculo com a **CONTRATANTE**, que é responsável pela verificação das condições de admissibilidade do **BENEFICIÁRIO** e pelo envio da documentação correspondente, sem a qual a **CONTRATADA** não poderá proceder à movimentação cadastral

3.6.4 – Caso a **CONTRATANTE** não observe o dever de apurar o preenchimento pelo **BENEFICIÁRIO** das condições de admissibilidade, a **CONTRATADA** reserva-se o direito de, a qualquer tempo, excluir esse **BENEFICIÁRIO** do plano, sem prejuízo:

(i) da responsabilização da **CONTRATANTE** pelas perdas e danos decorrentes dessa inclusão indevida; (ii) da aplicação das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis; e (iii) do dever da **CONTRATANTE** de ressarcir a **CONTRATADA** pelas despesas decorrentes do descumprimento dessa obrigação e de eventuais utilizações por parte do **BENEFICIÁRIO**;

3.6.5 – As exclusões cadastrais poderão ser requeridas pela **CONTRATANTE** ou pelo próprio **BENEFICIÁRIO**, nas hipóteses estabelecidas na cláusula que trata das condições da perda da qualidade de **BENEFICIÁRIO**. O ônus decorrente de utilização indevida do sistema por **BENEFICIÁRIO** excluído do contrato é da **CONTRATANTE**, ficando a **CONTRATADA** autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança dos custos gerados por essa utilização;

3.6.6 – No caso de inclusão ou exclusão de novos **BENEFICIÁRIOS**, titulares ou dependentes, a cobrança referente a essa inclusão/exclusão será realizada no sistema sob a forma pro rata e será cobrado, na fatura subsequente, um valor proporcional aos dias de cobertura do mês da inclusão/exclusão.

3.7 – Para fins de movimentação cadastral eletrônica, a **CONTRATADA** disponibilizará à **CONTRATANTE** senha de uso pessoal e intransferível, que permitirá o acesso a sistema próprio da **CONTRATADA**, ficando o usuário vinculado à referida senha responsável por todas as movimentações realizadas, bem como pelo uso adequado do sistema.

3.7.1 – A movimentação cadastral poderá, ainda, ser feita mediante envio de documentação relativa a **BENEFICIÁRIO** por portador indicado pela **CONTRATANTE**, ficando esta responsável pela informação e pela entrega do respectivo comprovante, em papel, arquivo, e-mail ou qualquer outro meio que demonstre a veracidade da solicitação.

3.8 – À **CONTRATADA** será concedido o prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da proposta de adesão ou da solicitação de inclusão de **BENEFICIÁRIOS** enviada pela **CONTRATANTE**, para avaliar o pedido (proposta/solicitação de inclusão). Será considerada como data da inclusão aquela indicada na proposta/solicitação de inclusão feita pelo **BENEFICIÁRIO**.

3.9 – A **CONTRATADA** fornecerá aos **BENEFICIÁRIOS** incluídos no contrato identificação específica, ainda que por meio exclusivamente digital, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no plano. Assegura-se à **CONTRATADA** a faculdade de cobrar pela segunda via dessa identificação específica, se emitida de forma física, a seu exclusivo critério.

3.10 – No caso de extinção automática do contrato ou no caso de encontrar-se o contrato no decurso do prazo da denúncia prévia de extinção, não será permitida nenhuma movimentação cadastral até seu efetivo cancelamento.

4 | Cláusula quarta

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1 – A cobertura assegurada se dará nos limites e de acordo com as características do plano contratado, conforme indicado na proposta contratual, observando-se, entre outros aspectos, a área de abrangência e as disposições previstas no Rol e no presente instrumento.

4.1.1 – Serão garantidas as coberturas assistenciais dos eventos e procedimentos que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesiologista, caso haja indicação clínica. Caso o plano indicado na proposta contratual preveja a garantia da cobertura de anestesiologista mediante reembolso, este será realizado nos limites da Tabela Amil de Reembolso do plano contratado.

4.1.2 – As coberturas e/ou serviços adicionais, quando contratados, estarão incluídas no ANEXO – Coberturas Adicionais, que, mencionado na Proposta Contratual, fará parte integrante do presente contrato.

I. Procedimentos cobertos em regime ambulatorial

4.2 – Este contrato contempla a cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como planejamento familiar, assim definido na Lei nº 11.935/2009 e na legislação vigente.

4.3 – Estão compreendidos neste contrato, limitados às coberturas do Rol vigente, os seguintes procedimentos considerados especiais:

4.3.1 – Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);

4.3.2 – Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados por médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação;

4.3.3 – Cobertura de medicamentos registrados/regularizados pela ANVISA e utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol, respeitada a causa de exclusão contratual nos termos da cláusula "Exclusões Contratuais";

4.3.4 – Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol, conforme indicação do médico assistente;

4.3.5 – Cobertura de consultas e sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o estabelecido no Rol, conforme indicação do médico assistente;

4.3.6 – Cobertura de psicoterapia de acordo com o estabelecido no Rol, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

4.3.7 – Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico assistente;

4.3.8 – Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol, para segmentação ambulatorial;

4.3.9 – Cobertura de atendimento caracterizado como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema;

4.3.10 – Cobertura de remoção inter-hospitalar, depois de realizado o atendimento classificado como de urgência ou emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

4.3.11 – Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);

4.3.12 – Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo os medicamentos para o controle dos efeitos adversos relacionados com o tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou atuar de forma sinérgica ao tratamento), que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

4.3.13 – Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle dos efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados com o tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, ressalvada a exclusão contida na cláusula "Exclusões Contratuais" para tratamentos experimentais e observando-se, preferencialmente, as seguintes características:

(i) medicamento genérico – medicamento similar a um produto de referência ou inovador que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada sua eficácia, segurança e qualidade e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI), conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999;

(ii) medicamento fracionado – aquele fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, atualmente a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

4.3.14 – Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol para a segmentação ambulatorial;

4.3.15 – Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidades de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Rol;

4.3.16 – Cobertura de hemoterapia ambulatorial;

4.3.17 – Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol.

II.Serviços complementares de diagnóstico e tratamento

4.4 – Estão contemplados por este contrato, limitados ao plano contratado, às disposições deste instrumento e às hipóteses previstas no Rol vigente, os serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais,incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, desde que não se caracterize como internação, observando-se:

4.4.1 – Cobertura para os custos de consultas e sessões com nutricionista, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol, conforme indicação do médico assistente;

4.4.2 – Cobertura para os custos de consultas e sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o estabelecido no Rol, conforme indicação do médico assistente;

4.4.3 – Cobertura de psicoterapia de acordo com o estabelecido no Rol, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

4.4.4 – Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

4.4.5 – Cobertura para os custos dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidades de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial.

III. Procedimentos cobertos em regime de internação hospitalar

4.5 – Está contemplada por este contrato, limitada ao plano contratado, às disposições deste instrumento e ao Rol, desde que solicitada pelo médico assistente, a cobertura para os seguintes serviços hospitalares:

4.5.1 – Internações hospitalares, conforme o padrão de acomodação contratado e sem limites de prazo, valor e quantidade, desde que devidamente justificadas, por meio de relatório médico e consoante a boa prática médica, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, incluídos nos planos cuja segmentação assistencial contemple a obstetrícia, os procedimentos obstétricos e os de alta complexidade relacionados no Rol;

4.5.2 – Internações hospitalares em centros de terapia intensiva ou similares, sem limite de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente, desde que devidamente justificadas por meio de relatório médico e consoante a boa prática médica;

4.5.3– Procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e os demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

4.5.4– Cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em ambiente ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

4.5.5 – Cobertura, limitada exclusivamente às coberturas do Rol, dos seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada com a continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

(i) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);

(ii) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol, e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

(iii) procedimentos radioterápicos previstos no Rol para ambas as segmentações, ambulatorial e hospitalar;

(iv) hemoterapia;

(v) nutrição parenteral ou enteral;

(vi) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol;

(vii) embolizações listadas no Rol;

(viii) radiologia intervencionista;

(ix) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

(x) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol;

(xi) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol, exceto o fornecimento de medicação de manutenção.

4.5.6 – As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela **CONTRATADA**, nos termos da Resolução Normativa nº 566/22 ou da norma que eventualmente a substitua;

4.5.7 – A cobertura de toda e qualquer taxa relacionada com o procedimento médico ocorrerá de acordo com o plano contratado, incluindo os materiais utilizados (nacionalizados e reconhecidos pela ANVISA);

4.5.8 – Salvo disposto de modo diverso no ANEXO – Coberturas Adicionais, quando este tiver sido contratado, a **CONTRATADA** garante a cobertura das despesas relativas ao acompanhante, salvo contraindicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

(i) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;

(ii) idosos a partir dos 60 (sessenta) anos;

(iii) pessoas portadoras de deficiência;

(iv) pré-parto, parto e pós-parto imediato.

4.5.8.1 – Compreendem-se como despesas de acompanhante aquelas relativas à mesma acomodação dispensada ao paciente e à alimentação, quando fornecida pelo hospital e incluída na conta hospitalar do estabelecimento onde se encontra o paciente;

4.5.8.2 – A cobertura das despesas com acompanhante durante o pós-parto imediato se dará por 48 (quarenta e oito) horas, podendo estender-se por até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.

4.5.9 – Cobertura de exames complementares indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica constantes do Rol, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação;

4.5.10 – Cobertura dos custos de honorários médicos, por meio da utilização de rede credenciada ou de reembolso, quando o plano contratado previr essa modalidade, de acordo com os termos e as condições do contrato;

4.5.11 – Cobertura dos serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;

4.5.12 – Cobertura para leitos especiais, monitores e toda a aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento;

4.5.13 – Custeio com alimentação específica ou normal, fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar, limitado aos recursos do estabelecimento;

4.5.14 – Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, apesar de terem sido utilizados todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento do câncer, abrangendo, inclusive, a mama colateral;

4.5.15 – A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração total ou parcial de funções em órgãos e membros, seja em lesão decorrente de enfermidade, seja em traumatismo ou anomalia congênita;

4.5.16 – Próteses, órteses e seus acessórios, nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente (ANVISA), serão cobertos exclusivamente quando utilizados e necessários à realização do ato cirúrgico previsto no rol da ANS, realizado em rede credenciada e observando-se os requisitos descritos nas cláusulas "Mecanismos de Regulação" e de "Livre Escolha";

4.5.17 – A cobertura dos custos dos transplantes previstos no Rol, bem como das despesas relativas aos procedimentos a eles vinculados, somente será autorizada na rede credenciada específica divulgada pela **CONTRATADA** para a realização de transplantes de órgãos. Não haverá cobertura para transplante não previsto no Rol ou realizado fora da rede credenciada específica;

4.5.17.1 – Nos casos em que tiver sido contratada, pela **CONTRATANTE**, cobertura para determinados tipos de transplante, estes estarão descritos e suas regras estarão dispostas no ANEXO – Coberturas Adicionais, que, quando indicado na Proposta Contratual, fará parte integrante do presente contrato;

4.5.17.2 – A cobertura de transplantes listados no Rol e dos procedimentos a eles vinculados inclui:

(i) as despesas assistenciais com doadores vivos, pré-operatórias e durante a internação para o transplante;

(ii) os medicamentos utilizados durante a internação;

(iii) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (as primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;

(iv) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

4.5.17.3 – Não estão cobertas as despesas relativas à identificação e seleção de doadores;

4.5.17.4 – Os **BENEFICIÁRIOS** candidatos a transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão estar, obrigatoriamente, inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção;

4.5.18 – Cobertura para a remoção do **BENEFICIÁRIO**, realizada por serviços credenciados e por meio de ambulância terrestre, DE HOSPITAL PARA OUTRO HOSPITAL, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, desde que comprovadamente necessária para fins médicos e após prévia autorização da **CONTRATADA**. Não haverá cobertura para remoção de residência ou local de trabalho para hospital, tampouco de hospital para residência e/ou local de trabalho;

4.5.19 – As internações sob o regime de hospital-dia ou de curta permanência dar-se-ão de acordo com a solicitação do médico assistente.

IV. Procedimentos cobertos em regime de internação hospitalar com obstetrícia

4.6 – No plano com segmentação assistencial Referência, Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia ou Hospitalar com Obstetrícia, a **BENEFICIÁRIA** terá direito à cobertura da assistência obstétrica nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros aspectos, a área de atuação, a área geográfica de abrangência do plano e as hipóteses previstas no Rol para o plano hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, às intercorrências da gravidez, ao parto e ao puerpério, desde que solicitados pelo médico assistente e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela **CONTRATADA**, respeitando-se as carências estabelecidas neste instrumento.

4.7 – Assegura-se ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO** Titular, bem como àquele de quem o **BENEFICIÁRIO** Titular detenha a guarda provisória ou definitiva, a cobertura assistencial durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, de acordo com os termos do contrato.

4.8 – Assegura-se ao recém-nascido, filho natural ou adotivo exclusivamente do **BENEFICIÁRIO** Titular, bem como àquele de quem o **BENEFICIÁRIO** Titular detenha a guarda provisória ou definitiva, sua inclusão como **BENEFICIÁRIO** Dependente no mesmo plano do **BENEFICIÁRIO** Titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados do nascimento, da adoção ou do termo de guarda provisória ou definitiva.

4.8.1 – Caso (i) o recém-nascido ou aquele de quem o **BENEFICIÁRIO** Titular detenha a guarda provisória ou definitiva seja inscrito como **BENEFICIÁRIO** Dependente do **BENEFICIÁRIO** Titular, no prazo de até 30 (trinta) dias após o parto, e (ii) o **BENEFICIÁRIO** Titular, seja ele pai, mãe ou responsável legal, tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido estará isento do cumprimento de carência para a cobertura assistencial.

4.8.2 – Caso (i) o recém-nascido ou aquele de quem o **BENEFICIÁRIO** Titular detenha a guarda provisória ou definitiva seja inscrito como **BENEFICIÁRIO** Dependente do **BENEFICIÁRIO** Titular, no prazo de até 30 (trinta) dias após o parto; mas (ii) o **BENEFICIÁRIO** Titular, seja ele pai, mãe ou responsável legal, não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial será prestada ao recém-nascido, seguindo-se os limites da carência já cumprida pelo **BENEFICIÁRIO** Titular.

4.8.3 – Não caberá nenhuma alegação de doença ou lesão preexistente quando a inscrição do recém-nascido como **BENEFICIÁRIO** Dependente tiver ocorrido no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção ou guarda provisória ou definitiva. Na hipótese de inscrição após os 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção ou da guarda, provisória ou definitiva, caberá arguição de doença ou lesão preexistente, bem como se autoriza à **CONTRATADA** a imposição de Cobertura Parcial Temporária.

4.9 – A continuidade da cobertura para atendimento após o 30º (trigésimo) dia somente será devida quando o recém-nascido tiver sido incluído no mesmo plano do **BENEFICIÁRIO** Titular ou, sendo o recém-nascido filho de **BENEFICIÁRIO** Dependente, tiver sido incluído em um plano pessoa física, respeitando-se as condições comerciais vigentes na época dessa contratação.

V. Do tratamento dos transtornos psiquiátricos

4.10 – Estão cobertos pelo presente contrato, nos limites do plano escolhido e observando-se, entre outros aspectos, a segmentação assistencial, a área de atuação do plano e a área geográfica de abrangência indicada na Proposta Contratual, além das hipóteses contempladas no Rol, os tratamentos em regime ambulatorial e de internação hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

4.11 – A atenção prestada aos portadores de transtornos psiquiátricos deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultório, sendo a internação psiquiátrica utilizada apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

Em regime ambulatorial estão cobertos:

4.12 – Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos ao **BENEFICIÁRIO** ou a terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou o risco de danos morais e patrimoniais comprovados.

4.13 – Atendimento à psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitado ao número de sessões previstas no Rol por ano contratual, não cumulativas.

4.13.1 – Considera-se, para a situação anteriormente descrita, a pessoa que estiver sob risco de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental, conforme atestado pelo médico assistente, em consonância com as diretrizes de utilização de acordo com o Rol vigente na época do fato.

4.14 – Tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

Em regime hospitalar estão cobertas:

4.15 – As internações em hospital-dia para transtornos psiquiátricos que se realizarem nos limites estabelecidos pelo contrato e pelo Rol, sempre em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais.

4.15.1 – O custeio dos 30 (trinta) primeiros dias de internação, contínuos ou não, por ano de vigência do contrato, em hospital psiquiátrico, em unidade ou enfermaria, em hospital geral para internação psiquiátrica, será realizado nos mesmos moldes das demais internações, sendo aplicável a coparticipação após esse período.

4.15.2 – Após o 30º (trigésimo) dia, caberá à **CONTRATANTE** realizar o pagamento de coparticipação de 50% (cinquenta por cento) sobre as despesas médico-hospitalares, conforme regulamentação vigente.

4.16 – Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão cobertos, nos limites do Rol e sem prejuízo das hipóteses de exclusão de cobertura.

5 | Cláusula Quinta

EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1 – Este contrato NÃO PREVÊ a cobertura dos custos para os eventos excluídos ou sem cobertura obrigatória determinada pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, entre os quais os seguintes:

5.1.1 – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, conforme definido na seção "Conceitos" deste contrato;

5.1.2 – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, ou seja, aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

5.1.3 – Inseminação artificial, conforme definido na seção "Conceitos" deste contrato;

5.1.4 – Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, tratamentos clínicos e cirúrgicos para emagrecimento com finalidade estética, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, spa, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em regime hospitalar;

5.1.5 – Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA (não nacionalizados);

5.1.6 – Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar ou ambulatorial (consultório), assim entendidos aqueles que não requerem administração assistida nem necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao da unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios, urgência e emergência médica);

5.1.7 – Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como de medicamentos, próteses e órteses não nacionalizados ou não reconhecidos pela ANVISA;

5.1.8 – Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

5.1.9 – Eventos ocorridos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente;

5.1.10 – Enfermagem particular e assistência médica ou odontológica domiciliar;

5.1.11 – Fornecimento de quimioterápicos orais, não nacionalizados e não reconhecidos pela ANVISA, bem como os demais medicamentos ministrados em regime domiciliar, de acordo com o artigo 10, VI, da Lei nº 9.656/98, salvo se tais medicamentos se referirem a tratamento antineoplásico ou para controle de efeitos adversos ou adjuvantes;

5.1.12 – Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde (Conitec);

5.1.13 – Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

5.1.14 – Consultas, aluguel de equipamentos, aluguel de aparelhos e tudo que for relacionado com a assistência médica domiciliar;

5.1.15 – Cobertura de cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) para pacientes, exceto se preenchidas as condições previstas no Rol vigente na época do evento;

5.1.16 – Procedimentos odontológicos, salvo os previstos no Rol vigente na época do evento;

5.1.17 – Remoção por via aérea, exceto quando esse serviço tiver sido contratado por meio de ANEXO específico;

5.1.18 – Transplantes, exceto os listados no Rol vigente na data do evento ou previstos no ANEXO – Coberturas Adicionais eventualmente assinado pelas partes;

5.1.19 – Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;

5.1.20 – Despesas com acompanhante, exceto no caso de internação de **BENEFICIÁRIOS** menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes (no trabalho de parto, durante o parto e no pós-parto imediato) ou, por fim, portadores de necessidades especiais (desde que haja indicação do médico assistente);

5.1.21 – Despesas extraordinárias não previstas no contrato ou não sujeitas à cobertura, como telefonemas, frigobar, televisão, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós-morte e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar. Nessas hipóteses, deverá ocorrer pagamento, pelo **BENEFICIÁRIO**, diretamente ao hospital, não sendo tais despesas passíveis de reembolso por parte da **CONTRATADA**;

5.1.22 – Qualquer procedimento não constante do Rol vigente na época do evento ou de eventual ANEXO – Coberturas Adicionais, que faz parte deste contrato, quando contratado.

6 | Cláusula Sexta

DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1 – O período de vigência inicial do contrato será de 12 (doze) meses.

6.2 – A data do início da vigência será aquela estabelecida na Proposta Contratual, o dia do efetivo pagamento da primeira contraprestação pecuniária ou qualquer outra data estabelecida pelas partes, desde que, antes dessa data designada, não tenha sido feito nenhum pagamento, sob pena de, havendo pagamento, considerar-se como data de vigência inicial a data desse pagamento.

6.2.1 – A disponibilização de meio de pagamento para a quitação da primeira contraprestação pecuniária ocorrerá no final do processo de contratação, quando a **CONTRATANTE** assinará declaração com a ciência e concordância quanto aos termos do contrato.

6.3 – Transcorrida a vigência mínima inicial indicada nos termos do item 6.1, o presente contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado, desde que não haja manifestação contrária de qualquer das partes, por escrito e com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término de sua vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, tampouco a incidência de qualquer período adicional de carência.

7 | Cláusula Sétima

CARÊNCIAS

7.1 – Para os contratos cujo número de **BENEFICIÁRIOS** é igual ou superior a 30 (trinta) – e enquanto essa quantidade mínima for mantida –, não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize o pedido de admissão do contrato em até 30 (trinta) dias da celebração deste ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

7.2 – Depois de decorrido o prazo supramencionado, a inclusão de **BENEFICIÁRIOS** ocorrerá com a exigência do cumprimento dos prazos de carência.

7.2.1 – Nesse caso, o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal deverá preencher a Declaração de Saúde, informando à **CONTRATADA** o conhecimento de eventual doença ou lesão preexistente previamente à data de início de vigência do contrato ou da adesão contratual.

7.2.2 – A não observância da obrigação prevista no item anterior poderá caracterizar fraude, podendo ensejar suspensão ou rescisão do contrato, conforme disposto no inciso II, parágrafo único, do artigo 13 da Lei nº 9.656/98, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

7.3 – Os prazos de carência, quando aplicados ao **BENEFICIÁRIO**, serão contados a partir do ingresso deste no contrato e observarão os seguintes limites:

7.3.1 – 24 (vinte e quatro) horas para cobertura após o início da vigência do contrato, sendo certo que:

(i) no Plano de Segmentação Referência, a cobertura será integral após esse período para os atendimentos classificados como de urgência e emergência, nos termos da legislação vigente;

(ii) no Plano de Segmentação Ambulatorial, a cobertura para urgência e emergência será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente;

(iii) no Plano de Segmentação Hospitalar sem Obstetrícia, a cobertura será integral após esse período para as urgências decorrentes de acidentes pessoais. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, a cobertura será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente;

(iv) no Plano de Segmentação Hospitalar com Obstetrícia, a cobertura será integral, após esse período, para as urgências e emergências decorrentes de acidentes pessoais. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, inclusive para complicações do processo gestacional, a cobertura será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente.

7.3.2 – 30 (trinta) dias para o custeio de consultas em consultórios, clínicas e centros médicos, exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos;

7.3.3 – 180 (cento e oitenta) dias para a cobertura dos custos de procedimentos de alta complexidade, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais e especiais, exames e procedimentos de alta complexidade, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação;

7.3.4 – 180 (cento e oitenta) dias para o custeio de internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos;

7.3.5 – 300 (trezentos) dias para a cobertura dos custos de parto a termo.

7.4 – A redução dos prazos de carência, eventualmente concedida pela **CONTRATADA**, não alterará as demais condições do contrato, principalmente aquelas relativas às exclusões contratuais.

8 | Cláusula Oitava

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1 – Consideram-se doenças e lesões preexistentes aquelas das quais o(s) **BENEFICIÁRIO(S)** ou seu representante legal saiba(m) ser portador(es) ou sofredor(es) no momento da contratação do plano ou adesão a este.

8.2 – Não será exigido o cumprimento de agravo ou Cobertura Parcial Temporária nos casos de doença ou lesão preexistente nos contratos cujo número de **BENEFICIÁRIOS** seja igual ou superior a 30 (trinta), desde que os **BENEFICIÁRIOS** formalizem pedido de admissão ao contrato em até 30 (trinta) dias da celebração deste ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

8.2.1– Depois de decorrido o prazo supramencionado, a inclusão de **BENEFICIÁRIOS** ocorrerá com a exigência do cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

8.2.2 – Nesse caso, o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal deverá preencher a Declaração de Saúde, por meio da Carta de Orientação ao **BENEFICIÁRIO**, que é parte integrante obrigatória deste contrato e é padronizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nesse documento, o **BENEFICIÁRIO** informará à **CONTRATADA**, de boa-fé, o conhecimento de eventual doença ou lesão preexistente previamente à data de início da vigência do contrato ou da adesão contratual.

8.2.2.1 – Para auxiliá-lo no preenchimento da Declaração de Saúde, o **BENEFICIÁRIO** poderá escolher um médico pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA** sem nenhum ônus.

8.2.2.2 – Na hipótese de o **BENEFICIÁRIO** optar por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

8.2.2.3 – A entrevista qualificada não é obrigatória, mas constitui uma opção disponível pela **CONTRATADA** aos **BENEFICIÁRIOS** e tem como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do **BENEFICIÁRIO** em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

8.2.2.4 – O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo, no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, às alternativas de cobertura e demais consequências em relação a sua omissão.

8.2.2.5 – Não se admitirá a alegação de omissão de informação relativa a doença ou lesão preexistente se, no ato da admissão do **BENEFICIÁRIO** no plano, for realizado qualquer tipo de exame ou perícia pela própria **CONTRATADA**.

8.2.3 – A não observância da obrigação de boa-fé prevista no item anterior poderá caracterizar fraude, podendo ensejar a suspensão ou a rescisão do contrato, conforme disposto no inciso II, do parágrafo único, do artigo 13 da Lei nº 9.656/98, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

8.3 – Caso seja constatada, mediante informações expressas inseridas na Declaração de Saúde, na Entrevista Qualificada ou em eventual perícia médica, a existência de doenças ou lesões preexistentes, a **CONTRATADA** oferecerá ao **BENEFICIÁRIO** a Cobertura Parcial Temporária (CPT).

8.4 – Caso ocorra urgência ou emergência durante o período de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** garantirá cobertura após 24 (vinte e quatro) horas da assinatura do contrato, em regime ambulatorial, independentemente da segmentação assistencial do plano contratado, limitada às 12 (doze) primeiras horas de atendimento, excluídos, porém, os procedimentos de alta complexidade e todos os demais procedimentos exemplificados na definição de Cobertura Parcial Temporária, na seção "Conceitos".

8.5 – A opção da **CONTRATANTE** ou do **BENEFICIÁRIO** pela Cobertura Parcial Temporária (CPT) não exclui a obrigatoriedade do cumprimento dos prazos de carência previstos neste contrato.

8.6 – Se for identificado indício de fraude referente à omissão de conhecimento de doenças ou lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a **CONTRATADA** comunicará tal fato imediatamente ao **BENEFICIÁRIO**. Nesse caso, a **CONTRATADA** poderá:

(i) oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a partir da data de recebimento do termo de comunicação, até que se complete o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência contratual ou adesão ao plano; e/ou

(ii) solicitar a abertura de processo administrativo perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para julgamento da alegação de omissão na Declaração de Saúde, visando à rescisão contratual, e/ou responsabilizar o **BENEFICIÁRIO** pela utilização indevida.

8.6.1 – Acolhida a alegação de fraude por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou do Poder Judiciário, o **BENEFICIÁRIO** será responsável pelo pagamento das despesas efetuadas pela **CONTRATADA** com a assistência médico-hospitalar prestada em razão de omissão/ fraude (todas as despesas com procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos) e que tenham relação com a doença ou lesão preexistente, a partir do envio do termo de comunicação mencionado anteriormente.

8.6.2 – Até a publicação, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do encerramento do processo administrativo, não haverá, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

9 | Cláusula Nona

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1 – Nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros aspectos, a segmentação assistencial, a área geográfica de abrangência e a área de atuação estabelecidas para este contrato, além das hipóteses previstas no Rol, estão cobertos os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, em regime ambulatorial e de internação, para os casos de urgência e emergência (definidos abaixo), nos termos desta cláusula:

9.1.1 – **Urgência –** assim entendidos os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

9.1.2 – **Emergência –** como tal definidos os casos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

9.2 – Nos contratos em que os prazos de carência ainda não tenham sido cumpridos, deverão ser observadas as seguintes regras de cobertura para urgência e emergência, nos termos da regulamentação vigente:

9.2.1 – Nos Planos de Segmentação Ambulatorial, os casos de emergência terão cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas, e as complicações do processo gestacional (urgência) terão cobertura para as 12 (doze) primeiras horas;

9.2.2 – Nos Planos de Segmentação Hospitalar, os acidentes pessoais (urgência) terão cobertura após 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do contrato;

9.2.3 – Nos Planos de Segmentação Referência, é garantida a cobertura ambulatorial e hospitalar, para urgência e/ou emergência, após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato, somente para os casos em que não forem consideradas doenças e lesões preexistentes.

9.3 – Nos contratos que envolvam Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes, as coberturas do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão estarão limitadas às primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação e que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

9.3.1 – Caso, para a continuidade do atendimento de urgência ou emergência, seja necessário realizar procedimento exclusivo da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e mesmo que em tempo menor do que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, passando a responsabilidade financeira da internação a ser do **BENEFICIÁRIO** ou de seu responsável legal, não cabendo nenhum ônus à **CONTRATADA**.

9.3.2 – Após o período de 12 (doze) horas estabelecido nos itens acima, o **BENEFICIÁRIO** deverá ser removido, por via terrestre, a expensas da **CONTRATADA**, para uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro dos limites geográficos previstos no contrato.

Remoção

9.4 – A **CONTRATADA** garantirá remoção terrestre para uma unidade de atendimento da rede assistencial do plano depois de realizado o atendimento considerado como de urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pelo serviço prestador para a continuidade de atenção ao paciente.

9.4.1 – A remoção terrestre para uma unidade do SUS, após realizado o atendimento classificado como de urgência ou emergência e sempre limitado às 12 (doze) primeiras horas do atendimento, será realizada em casos de:

(i) o **BENEFICIÁRIO** estar cumprindo período de carência para internação;

(ii) haver Cobertura Parcial Temporária que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados com as doenças e lesões preexistentes.

9.4.2 – A **CONTRATADA** disponibilizará, para remoção, ambulância com os recursos técnicos necessários à segurança da manutenção da vida.

9.4.3 – Não haverá remoção de **BENEFICIÁRIO** da residência ou do local de trabalho para um hospital, tampouco de um hospital para a residência e/ou o local de trabalho.

9.5 – Se, ante iminente risco de morte do **BENEFICIÁRIO**, a remoção não for possível e se não houver cobertura para atendimento, este será de exclusiva responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**, da **CONTRATANTE** ou de terceiro(s) responsável(eis) perante o serviço prestador. O **BENEFICIÁRIO**, a **CONTRATANTE** ou o terceiro responsável e o prestador deverão ajustar a obrigação financeira correspondente aos procedimentos realizados, ficando a **CONTRATADA** isenta desse ônus e das coberturas.

9.6 – Quando o **BENEFICIÁRIO** ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do tratamento em uma unidade diferente daquela indicada pela **CONTRATADA**, esta estará desobrigada da responsabilidade médica (ônus decorrente da internação) e do ônus financeiro da remoção.

Ressarcimento

9.7 – O **BENEFICIÁRIO** terá direito ao ressarcimento unicamente das despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento por serviço médico-hospitalar não credenciado e apenas em casos de (i) urgência ou emergência comprovada ou (ii) impossibilidade justificada de utilização dos serviços contratados, credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**.

9.7.1 – Nesses casos, o ressarcimento somente será realizado (i) nos limites das obrigações contratuais; (ii) de acordo com a abrangência geográfica contratada; e (iii) mediante apresentação dos documentos relacionados nos itens abaixo, tudo em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/98.

9.7.2 – O ressarcimento somente será pago mediante apresentação de documentos originais, conforme cada um dos eventos abaixo relacionados:

9.7.2.1 – Atendimento de pronto-socorro hospitalar – nota fiscal válida como recibo, com a especificação e discriminação do atendimento realizado (procedimento, material, medicamento, taxa etc.); laudo médico; nome do paciente; valor cobrado; valor de desconto, quando houver; assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ; CRM; ISS; endereço legível e data da realização do evento;

9.7.2.2 – Honorários médicos durante a internação – recibos ou notas fiscais válidas como recibo contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado e o procedimento realizado; laudo médico; laudo do exame anatomopatológico; nome do paciente; valores cobrados; valor de desconto, quando houver; assinatura; CPF e/ou CNPJ; CRM e endereço legível e data da realização do evento;

9.7.2.3 – Internação – nota fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive a relação de material e medicamentos consumidos; exames e taxas; nome do paciente; data de início do evento; data da alta hospitalar e relatório médico da internação com o(s) respectivo(s) diagnóstico(s) e procedimento(s) realizado(s).

9.8 – Os documentos relacionados acima deverão ser entregues à **CONTRATADA** (diretamente ou em um endereço indicado por ela), no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar, sob pena de, ao desrespeitar esse prazo, o **BENEFICIÁRIO** ou a **CONTRATANTE** perder o direito ao ressarcimento.

9.9 – Se a documentação não contiver todos os dados indicados nos itens anteriores, a **CONTRATADA** poderá solicitar envio de nova documentação ou de informações complementares sobre o procedimento. Com a apresentação desses novos documentos/informações complementares, terá início a contagem de novo prazo para pagamento.

9.10 – O ressarcimento será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, a contar da entrega dos documentos pertinentes, sendo indispensável a indicação do número do CPF do **BENEFICIÁRIO**, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

10| Cláusula Décima

ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - PRODUTOS COM REEMBOLSO PARA CONSULTAS, EXAMES, HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E MEDICAMENTOS

10.1 – Para os atendimentos médico-hospitalares cobertos por este contrato, os **BENEFICIÁRIOS** poderão fazer uso da rede credenciada do plano escolhido ou buscar atendimento de prestadores de serviços médicos ou auxiliares de diagnóstico não pertencentes à rede credenciada ou referenciada ao plano, nos termos e limites dispostos neste instrumento, desde que o plano indicado na Proposta Contratual preveja essa modalidade.

10.1.1 – Caso o **BENEFICIÁRIO** utilize os serviços médicos de profissionais pertencentes à rede credenciada, esses serviços serão pagos pela **CONTRATADA** diretamente ao prestador de serviços, por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO**, nos limites e nas condições do plano. Nessa hipótese, não será cabível nenhum pedido de reembolso.

10.1.2 – Caso o **BENEFICIÁRIO** realize seu atendimento com um prestador de serviços médicos não pertencente à rede credenciada, esse serviço será pago diretamente pelo **BENEFICIÁRIO**, que poderá solicitar à **CONTRATADA** o reembolso de referida despesa comprovadamente realizada e quitada.

10.2 – O reembolso das despesas médico-hospitalares cobertas e comprovadamente pagas, incluindo medicamentos e materiais cirúrgicos utilizados em ambiente hospitalar, somente será realizado nos limites das obrigações contratuais, de acordo com a área de abrangência geográfica indicada na Proposta Contratual e com as regras dispostas na presente Cláusula.

10.3 – O cálculo do montante devido pela utilização da livre escolha de prestadores é feito em função dos fatores multiplicadores definidos para o plano escolhido e da Tabela de Reembolso vigente no momento da realização do procedimento, conforme a seguinte fórmula:

Valor do Reembolso = Quantidade de URA x Valor da URA x Fator Multiplicador

Em que:

Quantidade de URA (Unidade de Reembolso Amil): é o quantitativo apresentado na Tabela de Reembolso Amil para o respectivo procedimento, material ou medicamento;

Valor da URA: valor expresso em moeda corrente nacional e definido no momento da contratação;

Fator Multiplicador: é o número de vezes que, de acordo com o plano contratado, aplicado sobre a quantidade de URA, indicará o valor do reembolso.

10.3.1 – A Tabela de Reembolso dos Procedimentos e a Tabela de Reembolso de Materiais e Medicamentos, ambas contendo a quantidade de Unidades de Reembolso Amil (URA), encontram-se registradas no 4º Registro de Títulos e Documentos – Rio de Janeiro, no site amil.com.br e também na sede da **CONTRATADA** para consulta dos **BENEFICIÁRIOS**.

10.3.2 – Os múltiplos de reembolso previstos para o plano escolhido pela **CONTRATANTE** estão indicados na Proposta Contratual.

10.3.3 – Os valores iniciais da URA para consultas, exames e procedimentos (básicos e especiais), honorários médicos de internação, materiais e medicamentos para o plano contratado estão dispostos na Proposta Contratual e no site amil.com.br, na "Área logada do cliente", ora **BENEFICIÁRIO**.

10.3.4 – O valor da URA poderá ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado), respeitando-se sempre o previsto na Consu nº 8, alterada pela Consu nº 15.

10.4 – Caberá à **CONTRATADA** realizar a atualização das Tabelas de Reembolso de procedimentos, materiais e medicamentos.

10.4.1 – Os materiais e medicamentos não constantes na Tabela de Reembolso da **CONTRATADA** serão reembolsados com base nos preços indicados, respectivamente, nas guias farmacêuticas Simpro e Brasíndice, vigentes na data de sua utilização, ou outra que vier a substituí-las.

10.4.2 – Em caso de fracionamento da medicação, o valor do reembolso será calculado de forma proporcional, de acordo com a documentação apresentada pelo **BENEFICIÁRIO** e o disposto na Tabela de Materiais e Medicamentos.

10.5 – Para solicitar o reembolso, o **BENEFICIÁRIO** deverá entregar à **CONTRATADA**, no prazo máximo de até 12 (doze) meses, contados da data do evento médico ou da alta hospitalar, a documentação abaixo indicada, de acordo com o procedimento realizado, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

(i) Consultas: Recibo ou Nota Fiscal, com a especificação de consulta, nome do paciente, valor cobrado, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento;

(ii) Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento: Recibo ou Nota Fiscal, com a especificação de exame realizado, pedido médico datado com carimbo e assinatura do profissional, laudo do exame realizado, com a discriminação dos materiais e medicamentos individuais consumidos quando utilizados, nome do paciente, valor cobrado, assinatura e carimbo do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento;

(iii) Atendimentos de pronto-socorro hospitalar: Nota Fiscal com a especificação e discriminação do atendimento realizado, procedimentos, materiais, medicamentos, taxas etc., laudo médico, resumo de alta hospitalar, nome do paciente, valor cobrado, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento;

(iv) Honorários médicos durante a internação: Recibo ou Nota Fiscal, contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado e o procedimento realizado, laudo médico, cópia da descrição cirúrgica e ficha anestésica, laudo do exame anatomopatológico, nome do paciente, valores cobrados, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento;

(v) Despesas com internação: Nota Fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar, com a discriminação do material e medicamentos consumidos em valores e itens individuais, exames e taxas, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação, com o(s) respectivo(s) diagnóstico(s) e procedimento(s) realizado(s), declarando o tipo de atendimento prestado, vinculados ao laudo médico, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura, CNPJ, CNES, CRM e endereço legível e data da realização do evento;

(vi) Despesas ambulatoriais – Nota Fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta ambulatorial, com a discriminação dos materiais e medicamentos consumidos em valores e itens individuais, exames e taxas, nome do paciente, relatório médico informando CID, com o(s) respectivo(s) diagnóstico(s) e procedimento(s) realizado(s), declarando o tipo de atendimento prestado, vinculados ao laudo médico, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura, CNPJ, CNES, CRM e endereço legível e data da realização do evento.

10.5.1 – Caso seja exigida a apresentação de documentos específicos para coberturas contempladas no ANEXO – Coberturas Adicionais, a relação completa dos documentos estará contida no respectiva ANEXO.

10.5.2 – As Notas Fiscais relativas aos honorários médicos durante a internação deverão conter os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente. Em caso de recibo se faz necessário o envio do recibo individualizado por profissional executante e do relatório médico. Não será aceito, para fins de reembolso, recibo emitido por Pessoa Jurídica, exceto nos casos em que houver especificada no documento a isenção de emissão de Nota Fiscal.

10.5.3 – A **CONTRATADA** não aceitará o desmembramento de recibos para um mesmo evento.

10.5.4 – Para o efetivo reembolso, não serão aceitos como documentos comprobatórios da prestação do serviço: RPA (recibo de pagamento de autônomo), RPS (recibo provisório de serviço), nota de serviço, nota de débito, duplicatas ou DANFE (documento auxiliar de nota fiscal eletrônica) sem o código de verificação da Nota Fiscal.

10.6 – Nos planos de Segmentação Assistencial Hospitalar, indicados na Proposta Contratual, que prevejam o reembolso de despesas com custos hospitalares de internação, o valor dos recibos ou das Notas Fiscais apresentados para reembolso será submetido à auditoria médica/técnica, podendo ser excluídas todas as despesas extraordinárias à internação, como o uso de telefone no quarto, consumo de frigobar, aluguel de filmes e qualquer outra despesa definida como extraordinária pelo hospital.

10.7 – Caso a documentação apresentada pelo **BENEFICIÁRIO** não contenha todos os dados indicados no presente contrato, a **CONTRATADA** poderá solicitar ao **BENEFICIÁRIO** o envio, em até 30 (trinta) dias, de documentação ou de informações complementares, o que acarretará a suspensão do prazo de pagamento estabelecido. Com a apresentação desses novos documentos/informações complementares, terá início a contagem de novo prazo para reembolso.

10.7.1 – Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao **BENEFICIÁRIO**.

10.7.2 – A **CONTRATADA** poderá analisar todos os valores apresentados para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas ou similares.

10.8 – Uma vez entregue toda a documentação a que se refere esta cláusula, os valores aprovados para reembolso serão pagos ao **BENEFICIÁRIO** Titular ou **BENEFICIÁRIO** Dependente, maior de 18 (dezoito) anos, devidamente indicado pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, nos prazos máximos indicados na Proposta Contratual ou no ANEXO – Coberturas Adicionais, a contar da data da aprovação do reembolso.

10.8.1 – Para o pagamento do reembolso a que se refere este item, é indispensável a apresentação de documento de identidade e CPF/MF do **BENEFICIÁRIO**, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda.

10.9 – O valor do reembolso das despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada do local da prestação do serviço médico realizado.

10.10 – O decurso do prazo de 12 (doze) meses acarretará a perda do direito ao reembolso.

11 | Cláusula Décima Primeira

ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES – PRODUTOS COM REEMBOLSO EXCLUSIVAMENTE PARA CONSULTAS E HONORÁRIOS MÉDICOS DE PROCEDIMENTO

11.1 – Para os atendimentos de consultas e honorários médicos decorrentes apenas de procedimentos cobertos pelo rol da ANS, os **BENEFICIÁRIOS** vinculados aos produtos com acesso à livre escolha para consultas e honorários médicos de procedimentos, poderão fazer uso de prestadores de serviços médicos não pertencentes à rede credenciada ou referenciada ao plano e solicitar o reembolso nos termos e limites dispostos neste instrumento, conforme Proposta Contratual. Procedimentos não previstos no ROL da ANS, uma vez que preencham todos os requisitos da Lei 14.454/22 e suas atualizações, serão objeto exclusivo de cobertura por parte da AMIL e não tem direito ao reembolso previsto nesta cláusula.

11.1.1 – Caso o **BENEFICIÁRIO** utilize os serviços médicos de profissionais pertencentes à rede credenciada, esses serviços serão pagos pela **CONTRATADA** diretamente ao prestador de serviços, por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO**, nos limites e nas condições do plano. Nessa hipótese, não será cabível nenhum pedido de reembolso.

11.1.2 – Caso o **BENEFICIÁRIO** realize seu atendimento em prestador de serviços médicos não pertencente à rede credenciada, esse serviço será pago diretamente pelo **BENEFICIÁRIO**, que poderá solicitar à **CONTRATADA** o reembolso das despesas referentes, exclusivamente, às consultas e honorários médicos de procedimento, comprovadamente realizadas.

11.2 – O reembolso dos honorários médicos hospitalares somente será realizado se decorrente de procedimento cobertos pelo Rol da ANS e não engloba materiais e medicamentos, bem como outros custos, que serão arcados pela **CONTRATADA**, por meio da conta hospitalar, quando realizados em prestador hospitalar credenciado.

11.2.1 - Para os procedimentos médicos hospitalares realizados em prestador hospitalar não credenciado, não haverá reembolso de nenhum outro custo que não os dos honorários médicos decorrentes deles. Todos os demais custos, sejam dos materiais e medicamentos, sejam das diárias, taxas e outros serviços hospitalares não serão reembolsados.

11.3 – O cálculo do montante devido pela utilização da livre escolha de prestadores é feito em função dos fatores multiplicadores definidos para o plano escolhido e da Tabela de Reembolso vigente no momento da realização do procedimento, conforme a seguinte fórmula:

Valor do Reembolso = Quantidade de URA x Valor da URA x Fator Multiplicador

Em que:

Quantidade de URA (Unidade de Reembolso Amil): é o quantitativo apresentado na Tabela de Reembolso Amil para o respectivo procedimento;

Valor da URA: valor expresso em moeda corrente nacional e definido no momento da contratação;

Fator Multiplicador: é o número de vezes que, de acordo com o plano contratado, aplicado sobre a quantidade de URA, indicará o valor do reembolso.

11.3.1 – A Tabela de Reembolso dos Procedimentos contendo a quantidade de Unidades de Reembolso Amil (URA), encontram-se registradas no 4º Registro de Títulos e Documentos – Rio de Janeiro, no site amil.com.br e também na sede da **CONTRATADA** para consulta dos **BENEFICIÁRIOS**.

11.3.2 – Os múltiplos de reembolso e os valores iniciais de unidade de reembolso Amil (URA), previstos para o plano escolhido pela **CONTRATANTE**, estão indicados na Proposta Contratual.

11.3.3 – O valor da URA poderá ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado), respeitando-se sempre o previsto na Consu nº 8, alterada pela Consu nº 15.

11.4 – Caberá à **CONTRATADA** realizar a atualização da Tabela de Reembolso de consultas e honorários médicos, dos produtos que preveem acesso à livre escolha para estas modalidades de atendimento.

11.5 – Para solicitar o reembolso, o **BENEFICIÁRIO** deverá entregar à **CONTRATADA**, no prazo máximo de até 12 (doze) meses, contados da data do evento médico ou da alta hospitalar, a documentação abaixo indicada, de acordo com o procedimento realizado, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

(i) Consultas: Recibo ou Nota Fiscal, com a especificação de consulta, nome do paciente, valor cobrado, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento;

(ii) Honorários médicos durante a internação: Recibo ou Nota Fiscal, contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado e o procedimento realizado, laudo médico, cópia da descrição cirúrgica e ficha anestésica, laudo do exame anatomopatológico, nome do paciente, valores cobrados, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento;

11.5.1 – Caso seja exigida a apresentação de documentos específicos para coberturas contempladas no ANEXO – Coberturas Adicionais – a relação completa dos documentos estará contida no respectiva ANEXO.

11.5.2 – As Notas Fiscais relativas aos honorários médicos durante a internação deverão conter os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente. Em caso de recibo se faz necessário o envio do recibo individualizado por profissional executante e do relatório médico. Não será aceito, para fins de reembolso, recibo emitido por Pessoa Jurídica, exceto nos casos em que houver especificada no documento a isenção de emissão de Nota Fiscal.

11.5.3 – A **CONTRATADA** não aceitará o desmembramento de recibos para um mesmo evento.

11.5.4 – Para o efetivo reembolso, não serão aceitos como documentos comprobatórios da prestação do serviço: RPA (recibo de pagamento de autônomo), RPS (recibo provisório de serviço), nota de serviço, nota de débito, duplicatas ou DANFE (documento auxiliar de nota fiscal eletrônica) sem o código de verificação da Nota Fiscal.

11.6 – Nos planos de Segmentação Assistencial Ambulatorial e Hospitalar com ou sem Obstetrícia, que prevejam a cobertura de reembolso somente nos evento de consultas médicas e honorários médicos de procedimentos, indicados na Proposta Contratual, o valor dos recibos ou das Notas Fiscais apresentados para reembolso será submetido à auditoria médica/técnica, podendo ser excluídas todas as despesas extraordinárias à internação, como o uso de telefone no quarto, consumo de frigobar, aluguel de filmes e qualquer outra despesa definida como extraordinária pelo hospital.

11.7 - Caso a documentação apresentada pelo **BENEFICIÁRIO** não contenha todos os dados indicados no presente contrato, a **CONTRATADA** poderá solicitar ao **BENEFICIÁRIO** o envio, em até 30 (trinta) dias, de documentação ou de informações complementares, o que acarretará a suspensão do prazo de pagamento estabelecido. Com a apresentação desses novos documentos/informações complementares, terá início a contagem de novo prazo para reembolso.

11.7.1 – Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao **BENEFICIÁRIO**.

11.7.2 – A **CONTRATADA** poderá analisar todos os valores apresentados para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas ou similares.

11.8 – Uma vez entregue toda a documentação a que se refere esta cláusula, os valores aprovados para reembolso serão pagos ao **BENEFICIÁRIO** Titular ou **BENEFICIÁRIO** Dependente, maior de 18 (dezoito) anos, devidamente indicado pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e dentro dos limites contratuais do plano contratado, indicado na Proposta Contratual ou no ANEXO – Coberturas Adicionais, a contar da data da aprovação do reembolso.

11.8.1 – Para o pagamento do reembolso a que se refere este item, é indispensável a apresentação de documento de identidade e CPF/MF do **BENEFICIÁRIO**, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda.

11.9 – O valor do reembolso das despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada do local da prestação do serviço médico realizado.

11.10 – O decurso do prazo de 12 (doze) meses acarretará a perda do direito ao reembolso.

12 | Cláusula Décima Segunda

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

12.1 – A **CONTRATADA** fornecerá a cada **BENEFICIÁRIO** um cartão de identificação que o habilitará ao uso dos serviços médico-hospitalares, sempre acompanhado de documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais.

12.1.1 – O cartão de identificação será emitido, preferencialmente, por meio digital.

12.1.2 – A **CONTRATADA** poderá cobrar pelo fornecimento da segunda via do cartão de identificação, se emitido por via física.

12.2 – Para disponibilização da cobertura, a **CONTRATADA** poderá fazer uso de ferramenta eletrônica vinculada a aplicativo para smartphone disponibilizado por ela, cujo objetivo está voltado à comprovação (i) da solicitação do procedimento médico-hospitalar; (ii) da utilização dos serviços relacionados com a cobertura; e (iii) da elegibilidade do **BENEFICIÁRIO** para realização dos atendimentos (consultas, exames e internações).

12.3 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: CONSULTAS, EXAMES E INTERNAÇÃO

12.3.1 – Para efeitos deste contrato, as consultas podem ser classificadas das seguintes maneiras:

(i) consultas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde;

(ii) consultas em consultório médico;

(iii) consultas em clínica ou centro médico;

(iv) consultas de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar.

12.3.2 – Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional credenciado pela **CONTRATADA** cartão de identificação fornecido pela **CONTRATADA** (em meio físico ou digital) e documento de identidade com foto (nos termos da legislação que regulamenta o Cadastro Nacional de Registro de Identificação Civil), além da guia de procedimento (exame e/ou internação) devidamente autorizada pela **CONTRATADA**. Quando houver disponibilidade no local de atendimento, para efeito de identificação positiva do **BENEFICIÁRIO**, será realizada a validação biométrica (facial, digital etc.).

12.3.3 – Para os planos sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (PEA), o agendamento para a realização de consultas, exames e procedimentos poderá ser realizado:

(i) pela equipe de saúde, para a realização de consultas, exames e procedimentos solicitados pela própria equipe, ainda que para realização fora das Unidades de Atenção Primária à Saúde. Nessa ocasião, um agente de saúde da Unidade de Atenção Primária à Saúde dará ciência ao **BENEFICIÁRIO** da data agendada;

(ii) pela equipe de saúde ou pelo próprio **BENEFICIÁRIO** para a realização de consultas, exames e procedimentos solicitados por profissionais que não façam parte da equipe de saúde. Nesses casos, a data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do **BENEFICIÁRIO**, de acordo com a agenda do profissional de saúde escolhido por este e nos limites do produto contratado.

12.3.4 – Todos os procedimentos, com exceção dos realizados em urgência e emergência, necessitam de autorização prévia, que será concedida dentro dos prazos definidos na regulamentação normativa vigente.

12.3.5 – Para a autorização prévia, a **CONTRATADA** adotará o seguinte processo:

(i) quando o pedido médico for emitido pelos profissionais da equipe de saúde dos planos sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (PEA), a solicitação de autorização prévia será encaminhada pela equipe de saúde, e o agente de saúde dará ciência ao **BENEFICIÁRIO** quanto à disponibilidade para realizar o exame/ procedimento;

(ii) quando o pedido médico for emitido por profissional não integrante da equipe de saúde, mas pertencente à rede de prestadores credenciados da **CONTRATADA**, este deverá realizar a notificação no site da **CONTRATADA**. Caso essa solicitação seja informada à equipe de saúde e se houver concordância desta sobre a necessidade do exame e/ou procedimento solicitado, a própria equipe de saúde fará a notificação no site da **CONTRATADA**;

(iii) quando o pedido médico for emitido por profissional não integrante da rede de prestadores credenciados da **CONTRATADA**, o prestador solicitante deverá promover, de forma subsidiária, o registro desta.

12.4 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: INTERNAÇÕES HOSPITALARES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS SOB INTERNAÇÃO

12.4.1 – A **CONTRATADA** cobrirá os custos médico-hospitalares por meio de:

(i) pagamento direto ao prestador da rede credenciada específica do plano, caso o atendimento esteja contemplado pelas coberturas deste contrato;

(ii) reembolso das despesas médico-hospitalares, caso o plano indicado na Proposta Contratual, possua livre escolha para os custos realizados pelo **BENEFICIÁRIO**, conforme destacado na cláusula sobre o tema Livre Escolha.

12.4.2 – Todas as solicitações de internação eletiva e de exames que necessitem da autorização da **CONTRATADA** deverão ser feitas em formulário específico, oferecido por esta ou, quando não credenciado, em receituário, com os dados do **BENEFICIÁRIO**, descrição dos exames e sua indicação clínica.

12.4.3 – A cobertura de transplantes, bem como das despesas com os procedimentos a eles vinculados, somente será autorizada dentro da rede credenciada para a realização de transplante de órgãos, nos termos do previsto na cláusula que trata de internações hospitalares.

12.4.4 – A cobertura para próteses e órteses ligadas aos atos cirúrgicos exige a observação das seguintes regras:

(i) caso seja solicitado, o profissional requisitante deve apresentar justificativa clínica para a indicação de prótese/órtese, fornecendo, no mínimo, 3 (três) marcas de produtos – de fabricantes diferentes, quando disponíveis – entre aquelas regularizadas pela ANVISA e que atendam às características especificadas;

(ii) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **CONTRATADA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, e as despesas serão pagas pela **CONTRATADA**. Não havendo acordo entre as partes, será aplicado o critério descrito na cláusula relacionada com a divergência médica.

12.4.5 – Se a documentação apresentada pelo **BENEFICIÁRIO** não permitir uma análise conclusiva para a liberação da Guia de Cobertura de Internação Eletiva, a **CONTRATADA** poderá solicitar à **CONTRATANTE** ou ao médico assistente o envio de documentação ou informações complementares sobre o procedimento médico a ser executado.

12.4.6 – O prazo de internação inicialmente fixado pela **CONTRATADA** constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, para fins de controle.

(i) Caso seja necessário prorrogar o prazo de internação previamente autorizado, o médico assistente/hospital deverá apresentar à **CONTRATADA** as razões de prorrogação para avaliação da correspondente cobertura;

(ii) Caso o **BENEFICIÁRIO** continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr inteiramente por sua conta, a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

12.4.7 – Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar à equipe de saúde/ao estabelecimento credenciado cartão de identificação fornecido pela **CONTRATADA** (ou identificação biométrica) e, se for o caso, eventual código fornecido pela **CONTRATADA** decorrente da utilização de ferramenta eletrônica vinculada a aplicativo para smartphone, além do documento de identidade do **BENEFICIÁRIO** e a guia de procedimento emitida pela **CONTRATADA**.

12.4.7.1 – Além dos documentos consignados acima, em caso de internação hospitalar, ressalvados os casos de urgência e emergência, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e autorizada pela **CONTRATADA**.

12.4.8 – As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela **CONTRATADA**, nos termos da RN 566/22 ou da norma que eventualmente a substitua.

12.4.9 – Se o **BENEFICIÁRIO** necessitar de atendimento dentro da área de abrangência do produto contratado, porém em locais nos quais a **CONTRATADA** não possui estabelecimentos de saúde e/ou profissionais contratados ou credenciados na região de abrangência e caso esse **BENEFICIÁRIO** não deseje fazer uso de reembolso nos limites do plano contratado e Tabela de Reembolso, a **CONTRATADA** deverá indicar ao **BENEFICIÁRIO** outros estabelecimentos ou profissionais credenciados, em localidade o mais próxima possível.

12.4.10 – A **CONTRATADA** disponibilizará para a consulta dos **BENEFICIÁRIOS** a rede de atendimento do plano indicado na Proposta Contratual. Esta disponibilização poderá ocorrer por meio impresso, caso solicitado pelo **BENEFICIÁRIO**. As orientações quanto a eventuais dúvidas na cobertura de atendimento médico-hospitalar podem ser obtidas pelo teleatendimento ou pelo site amil.com.br.

12.4.11 – As despesas extraordinárias, assim entendidas aquelas que não estão previstas no contrato ou que não estão relacionadas com alguma cobertura – por exemplo: telefonemas, frigobar, televisão, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós-morte e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar –, deverão ser pagas diretamente ao hospital pelo **BENEFICIÁRIO**, não sendo estas passíveis de reembolso pela **CONTRATADA**.

12.5 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: GERENCIAMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE

12.5.1 – Todos os planos indicados na Proposta Contratual estão sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (PEA), em vista disso, as condições médicas indicadas abaixo somente terão cobertura para o atendimento pela rede credenciada selecionada que seja participante dos PEAs, mediante direcionamento realizado pela **CONTRATADA**, cuja relação integra a rede credenciada específica do plano e está à disposição no site da **CONTRATADA**:

(i) cirurgias cardiovasculares;

(ii) cirurgias da coluna vertebral;

(iii) cirurgias ortopédicas – próteses de substituição de quadril, ombro, joelho e cotovelo;

(iv) embolização vascular cerebral;

(v) implante de marca-passo ou desfibrilador cardíaco;

(vi) transplantes de córnea, medula e rim;

(vii) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e seus tratamentos acessórios e/ou subsequentes;

(viii) consultas e exames na especialidade oftalmologia;

(ix) tratamento cirúrgico da refração;

(x) consultas e exames de oncologia;

(xi) tratamento de quimioterapia e radioterapia;

(xii) terapia renal substitutiva;

(xiii) atendimentos com psicólogos, psicoterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas.

12.5.1.1 – Além do direcionamento mencionado no subitem anterior, fica facultado à **CONTRATADA** o gerenciamento das ações de saúde por meio da indicação de prestadores participantes de Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento, que poderão ser oportunamente implementados.

12.6 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: ALTERAÇÕES NA REDE CREDENCIADA

12.6.1 – A relação completa dos prestadores que compõem a rede credenciada da **CONTRATADA** pode ser obtida no site da **CONTRATADA** (amil.com.br).

12.6.2 – A **CONTRATADA** poderá proceder a alterações na rede credenciada, para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente. Quando houver alteração na rede hospitalar, a **CONTRATADA** observará o disposto na lei e na regulamentação específica que estiver vigente e informará à **CONTRATANTE**, previamente, os casos de substituição de rede hospitalar.

12.6.3 – A **CONTRATADA** poderá, ainda, caso autorizada pela ANS, redimensionar sua rede hospitalar, reduzindo a quantidade de hospitais credenciados, por meio do descredenciamento, ocasião em que será observado o seguinte:

(i) caso ocorra descredenciamento de prestador, os **BENEFICIÁRIOS** em tratamento terão o direito de prosseguir com seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento integrante da rede credenciada da **CONTRATADA** e de acordo com o plano, sem que a **CONTRATADA** tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição de cobertura havida;

(ii) caso o descredenciamento de estabelecimento hospitalar ocorra durante a internação de qualquer **BENEFICIÁRIO**, este permanecerá internado até a regular alta hospitalar, sendo as despesas, até a alta hospitalar, custeadas pela **CONTRATADA**;

(iii) caso o descredenciamento/substituição/exclusão de estabelecimento hospitalar ocorram por infração às normas sanitárias em vigor durante o período de internação, a **CONTRATADA** fará a remoção do **BENEFICIÁRIO** hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, conforme previsto na regulamentação específica vigente, sem nenhum ônus adicional para o **BENEFICIÁRIO**.

12.7 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: DIVERGÊNCIA MÉDICA

12.7.1 – As divergências de natureza médica sobre a solicitação de cobertura de exames, procedimentos especiais de diagnóstico, tratamento e internação serão dirimidas por junta médica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo **BENEFICIÁRIO**, outro pela **CONTRATADA** e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

12.7.2 – Para instauração da junta médica ou odontológica, a **CONTRATADA** deverá notificar, simultaneamente, o profissional assistente e o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal, por meio de notificação por escrito, na qual serão indicados quatro profissionais aptos a compor a junta, e, ainda, assinalado um prazo para resposta. Caso o profissional assistente se recuse expressamente a escolher ou deixe de exercer a opção no prazo indicado, a escolha de um dos quatro nomes para compor a junta médica caberá à **CONTRATADA**.

12.7.3 – É facultado à **CONTRATADA** firmar acordos com conselhos profissionais para atuarem como desempatadores em juntas médicas ou odontológicas, hipótese que exclui a indicação prevista no item supramencionado.

12.7.4 – Cada uma das partes pagará os honorários e as despesas do médico que nomear, quando este não pertencer à rede credenciada, e os honorários do profissional desempatador serão pagos pela **CONTRATADA**, conforme previsto na legislação vigente.

12.8 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

12.8.1 – As regras de coparticipação e/ou franquia para consultas, exames e os demais procedimentos, para aqueles planos, indicados na Proposta Contratual, que preveem essa modalidade, seguirão o disposto nesta cláusula quanto aos valores e percentuais. Os limites e valores de coparticipação estão disponíveis na Proposta Contratual.

12.8.2 – O percentual de coparticipação e/ou franquia referente à realização de procedimentos psiquiátricos está disposto na cláusula que trata de coberturas e procedimentos garantidos.

12.8.3 – Quando a coparticipação estiver indicada em percentuais, para a determinação do valor final devido deverá ser utilizada a seguinte fórmula de cálculo:

Percentual indicado na Tabela de Coparticipação x Valor Unitário do Procedimento custeado pela **CONTRATADA***

*Esse valor pode variar em função do prestador escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**.

12.8.4 – Além disso, o valor da coparticipação a ser paga pelo **BENEFICIÁRIO** está sujeito ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA POR ITEM e também ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA POR MÊS, conforme definido na Proposta Contratual, nos planos que prevejam essa modalidade. Os valores de coparticipação sujeitos ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA POR ITEM e ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA POR MÊS não serão cumulativos em relação ao mês subsequente.

12.8.5 – A atualização dos LIMITES MÁXIMOS DE COBRANÇA POR ITEM, dos LIMITES MÁXIMOS DE COBRANÇA POR MÊS ou de eventuais valores fixos – na hipótese de a Tabela de Coparticipação estabelecê-los para determinados procedimentos – ocorrerá na data do aniversário do contrato, de acordo com a variação média dos custos unitários dos procedimentos cobertos por esse instrumento, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e na regulamentação vigente acerca do tema.

12.8.6 – O índice de atualização dos LIMITES MÁXIMOS DE COBRANÇA e também de eventuais valores fixos poderá variar de acordo com o grupo de benefícios em que se enquadra o procedimento.

13 | Cláusula Décima Terceira

FORMAÇÃO DE PREÇO E CONTRAPRESTAÇÃO

13.1 – O contrato possui formação de preço preestabelecido e baseia-se nas declarações da **CONTRATANTE**, sendo o pagamento do valor da contraprestação pecuniária realizado antes da utilização das coberturas contratadas.

13.2 – A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA** o valor da contraprestação pecuniária, de acordo com o estabelecido pela **CONTRATADA** quanto ao local, à forma e à data de pagamento, correspondente à população – totalidade de **BENEFICIÁRIOS** em cada faixa etária – incluída e aceita na movimentação cadastral. O valor da contraprestação foi estipulado na data da celebração do contrato e corresponde ao número de **BENEFICIÁRIOS** e informações indicados na Proposta Contratual, anexa ao presente contrato.

13.2.1 – Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária devida pela **CONTRATANTE** para os **BENEFICIÁRIOS** que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados a este.

13.2.2 – A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo, revisar e adequar de forma global o valor da contraprestação pecuniária devida pela **CONTRATANTE**, estipulada na data de celebração do contrato, caso sejam constatadas omissões ou fornecimento de informações incorretas, incompletas ou inverídicas na Proposta Comercial pela **CONTRATANTE**, independentemente de fraude, dolo ou má-fé da **CONTRATANTE**.

13.3 – Os pagamentos deverão ser feitos até a data do vencimento ou no primeiro dia útil subsequente, quando o vencimento ocorrer em feriado ou em dia em que não haja expediente bancário, reconhecendo-se como comprovante de pagamento o boleto bancário quitado ou outro instrumento de cobrança quitado determinado pela **CONTRATADA**.

13.3.1 – Havendo divergência quanto à quantidade de **BENEFICIÁRIOS** incluídos em cada plano ou do grupo de **BENEFICIÁRIOS** de forma global, constatada após a emissão da fatura, os acertos referentes a essa divergência serão realizados no faturamento imediatamente subsequente e não constituirão justificativa para eventual atraso do pagamento da respectiva fatura.

13.3.2 – Os impostos e os demais encargos que venham a incidir sobre a contraprestação pecuniária serão responsabilidade da **CONTRATANTE**.

13.4 – Caso a **CONTRATANTE** não receba sua fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar tal fato à **CONTRATADA**, sendo certo que o não recebimento da fatura ou do instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE** de efetuar o pagamento no prazo do vencimento.

13.5 – Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias pela **CONTRATANTE** ou pelos **BENEFICIÁRIOS** definidos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da atualização monetária da contraprestação apurada pelo IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços da Fundação Getulio Vargas) ou pelo índice que vier a substituí-lo, além da possibilidade de responder a **CONTRATANTE** por eventuais encargos e penalidades impostos à **CONTRATADA** pelo atraso no pagamento devido à rede credenciada.

13.6 – O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

13.7 – O pagamento da contraprestação pecuniária referente a determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

13.8 – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA** se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por instituição financeira.

13.9 – Garante-se à **CONTRATADA** o uso dos recursos legais necessários para a cobrança das contraprestações pecuniárias em atraso, incluindo a inscrição da **CONTRATANTE** nos cadastros de inadimplentes mantidos por instituições de proteção ao crédito.

14 | Cláusula Décima Quarta

REAJUSTES

I. REAJUSTE ANUAL

14.1 – Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

14.2 – A contraprestação pecuniária será reajustada anualmente, no aniversário do contrato ou na periodicidade determinada pela legislação vigente, independentemente da data de inclusão dos **BENEFICIÁRIOS** no contrato.

14.3 – Será considerado como data-base de aniversário do contrato o mês de início de sua vigência, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano. Os reajustes subsequentes ocorrerão anualmente, respeitando-se a mesma lógica de apuração (variação percentual dos 12 últimos meses).

14.4 – As disposições referentes ao reajuste anual não afetam ou excluem o reajuste por faixa etária, que seguirá o disposto em seção própria.

14.5 – Os valores referentes à coparticipação e franquia sofrerão reajuste nos termos de seção própria da cláusula "Mecanismos de Regulação".

14.6 – A metodologia de cálculo e o índice de reajuste aplicável ao contrato será diferente, conforme a população incluída pela **CONTRATANTE**, de 2 (dois) a 29 (vinte e nove) ou de 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) **BENEFICIÁRIOS**, conforme disposto nas subseções a seguir.

REAJUSTE DE CONTRATOS COM 30 (TRINTA) A 99 (NOVENTA E NOVE) BENEFICIÁRIOS

14.7 – Na hipótese de a população incluída no plano possuir de 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) **BENEFICIÁRIOS**, o reajuste anual será composto cumulativamente pelo Índice Financeiro descrito no item 14.8. Caso os custos médicos ultrapassem 65% (sessenta e cinco por cento) da receita e se torne necessário reequilibrar a relação contratual, será incorporado ao contrato, cumulativamente, também o Índice Técnico, descrito no item 14.9.

14.8 – O Índice Financeiro corresponderá à Variação dos Custos Médicos e Hospitalares (VCMH) dos planos coletivos empresariais com população de 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) **BENEFICIÁRIOS** que façam parte da carteira de clientes da **CONTRATADA**. Também incluirá a estimativa do impacto da incorporação de novos procedimentos e eventos previstos no Rol.

14.9 – O Índice Técnico é calculado com base no nível de sinistralidade do contrato, que corresponde à relação entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do contrato, apuradas conforme descrito abaixo:

> **14.9.1** – Para fins do Índice Técnico, a apuração da primeira reavaliação compreenderá as despesas assistenciais e as receitas diretas expurgando-se os dois primeiros meses. Sendo assim, será utilizado o período do 3º (terceiro) ao 8º (oitavo) mês de vigência do Contrato. Nas reavaliações subsequentes, o Índice Técnico será apurado considerando os 12 (doze) meses seguintes ao último período avaliado.

REAJUSTE DE CONTRATOS COM POPULAÇÃO INFERIOR A 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS

14.10 – Se, na data de início de vigência ou na data de aniversário do contrato, a população incluída pela **CONTRATANTE** for inferior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**, o reajuste anual será calculado em conformidade com as regras relativas a agrupamento de contratos a que se refere a Resolução Normativa 565/22 da ANS ou de norma que eventualmente a substitua.

> **14.10.1** – A cada ano, na data de aniversário do contrato, a **CONTRATADA** fará a contabilização da quantidade de **BENEFICIÁRIOS** incluídos no plano, a fim de determinar se, no reajuste do ano seguinte, o contrato continuará a seguir a regra do agrupamento ou deste será excluído. O contrato perderá a condição de integrante do agrupamento caso tenha 30 (trinta) ou mais **BENEFICIÁRIOS** na data de aniversário.

14.11 – O reajuste anual dos contratos pertencentes ao agrupamento será composto pelo Índice Financeiro – VCMH, descrito no item 14.12. Caso os custos médicos ultrapassem 65% (sessenta e cinco por cento) da receita será necessário reequilibrar a relação contratual. Neste caso, será incorporado ao reajuste do agrupamento, cumulativamente, também o Índice Técnico, descrito no item 14.13.

14.12 – O Índice Financeiro corresponderá à Variação dos Custos Médicos e Hospitalares (VCMH) dos planos coletivos empresariais com população inferior a 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS** que façam parte da carteira de clientes da **CONTRATADA**. Também incluirá a estimativa do impacto da incorporação de novos procedimentos e eventos previstos no Rol.

14.13 – O Índice Técnico é calculado com base no nível de sinistralidade, que corresponde à relação entre as despesas assistenciais e as receitas diretas dos contratos integrantes do agrupamento, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao último período avaliado.

14.14 – Até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, a **CONTRATADA** divulgará e manterá em seu endereço eletrônico na internet informação quanto ao percentual de reajuste que será aplicado aos contratos integrantes do agrupamento na data de aniversário de cada um desses contratos. Além disso, a **CONTRATADA** (i) identificará, perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio do sistema Reajuste de Planos Coletivos (RPC), quais contratos estarão sujeitos ao reajuste por agrupamento, seus respectivos planos e números de registro; e (ii) incluirá informação quanto ao percentual aplicado também no boleto de pagamento e da fatura de cobrança.

II. REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

14.15 – Havendo a previsão de reajuste por alteração de faixa etária de qualquer **BENEFICIÁRIO** inscrito no presente contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da alteração, observando-se os percentuais do produto contratado, previstos em uma das tabelas de faixa etária, indicadas abaixo. Esses percentuais serão aplicados ao valor da última contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições:

(i) o valor fixado para a última faixa etária não será superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

(ii) a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não será superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Tabela I – Bronze RJ Mais, Prata, Ouro, Platinum, Platinum Mais, Black, Amil S380, Amil S450, Amil S750 e Amil One S2500.

FAIXA ETÁRIA	AUMENTO
De 00 a 18 anos	0,00 %
De 19 a 23 anos	17,00 %
De 24 a 28 anos	22,00 %
De 29 a 33 anos	20,00 %
De 34 a 38 anos	5,00 %
De 39 a 43 anos	10,00 %
De 44 a 48 anos	25,00 %
De 49 a 53 anos	10,00 %
De 54 a 58 anos	25,00 %
59 anos ou mais	75,00 %

Tabela II – Bronze SP, Bronze RJ, Bronze DF, Bronze SP Mais e Bronze PR.

FAIXA ETÁRIA	AUMENTO
De 00 a 18 anos	0,00 %
De 19 a 23 anos	35,80 %
De 24 a 28 anos	17,39 %
De 29 a 33 anos	0,00 %
De 34 a 38 anos	0,00 %
De 39 a 43 anos	11,70 %
De 44 a 48 anos	38,10 %
De 49 a 53 anos	19,40 %
De 54 a 58 anos	43,80 %
59 anos ou mais	41,80 %

15 | Cláusula Décima Quinta

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO

15.1 – O **BENEFICIÁRIO** Titular demitido ou exonerado sem justa causa terá o direito de manter essa condição com as mesmas características da cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, em caso de rescisão ou exoneração sem justa causa, desde que (i) tenha optado pela manutenção do plano de saúde; (ii) tenha contribuído para o plano contratado em decorrência de vínculo empregatício; e (iii) assuma, perante a **CONTRATADA**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

15.1.1 – O período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** no plano será de um terço do tempo de contribuição para o plano, assegurando-se um período mínimo de 6 (seis) e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

15.2 – O **BENEFICIÁRIO** Titular aposentado terá o direito de manter essa condição com as mesmas características da cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho em caso de aposentadoria, desde que (i) tenha optado pela manutenção do seu plano de saúde; (ii) tenha contribuído para o plano contratado pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, em decorrência do vínculo empregatício; e (iii) assuma, perante a **CONTRATADA**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

15.2.1 – Caso o tempo de contribuição do **BENEFICIÁRIO** para o plano seja inferior a 10 (dez) anos, o direito à manutenção do plano é garantido à razão de um ano para cada ano de contribuição.

15.3 – O direito à manutenção no plano de saúde de que trata este item extinguir-se-á nas hipóteses previstas na seção que trata da extinção do direito assegurado, nos artigos 30 e 31 da Lei n° 9.656, de 1998, e nesta cláusula.

I. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

15.4 – A **CONTRATANTE** obriga-se a dar ciência da existência do direito descrito nesta cláusula a seus ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados, informando-os quanto às condições de permanência e prazos-limite previstos na legislação específica e neste contrato.

15.5 – No ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, a **CONTRATANTE** dará ao ex-empregado a opção pela manutenção de sua condição de **BENEFICIÁRIO** Titular.

15.5.1 – O ex-empregado deverá responder à comunicação da **CONTRATANTE**, informando se aceita ou recusa a oferta, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, cabendo à **CONTRATANTE** entregar à **CONTRATADA** cópia da manifestação expressa firmada pelo ex-empregado.

15.5.2 – Por ocasião da dispensa sem justa causa ou aposentadoria, a **CONTRATANTE** obriga-se a demonstrar e a apresentar os comprovantes dos valores pagos por seus ex-empregados a título de contribuição/participação financeira referente à mensalidade do plano.

15.5.3 – Caso responda positivamente à comunicação, a **CONTRATANTE** deverá inseri-lo em um plano, de acordo com a legislação vigente.

15.6 – A **CONTRATANTE** obriga-se a apresentar aos **BENEFICIÁRIOS**, a qualquer tempo e quando da opção mencionada pelos itens anteriores, acima, a tabela de preços por faixa etária vigente na data da opção, conforme atualizações realizadas pela **CONTRATADA**.

15.6.1 – As regras para o estabelecimento de preços por faixa etária serão disponibilizadas pela **CONTRATADA** em consonância com a legislação vigente.

II. CONTRIBUIÇÃO/PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA

15.7 – Entende-se por contribuição/participação financeira todo o valor pago pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária do plano de saúde, assim como o pagamento de qualquer valor fixo assumido pelo **BENEFICIÁRIO** que foi incluído em outro plano oferecido por seu empregador, em substituição ao originalmente disponibilizado sem sua participação.

15.7.1 – Não estão contemplados no conceito de contribuição/participação financeira os valores relacionados: (i) aos dependentes e agregados; e (ii) à coparticipação devida pelo **BENEFICIÁRIO** como fator moderador em razão de procedimentos e/ou de utilização da assistência objeto deste contrato, nos casos que preveem essa modalidade.

15.7.2 – O **BENEFICIÁRIO** Titular que não tenha efetuado o pagamento de contribuição/participação financeira para o plano durante o período em que manteve o vínculo empregatício com a **CONTRATANTE** não terá direito a permanecer no plano.

15.8 – Ainda que o pagamento da contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão sem justa causa, exoneração ou aposentadoria, ao ex-empregado são assegurados os direitos previstos nesta cláusula, na proporção de sua efetiva contribuição.

III. EXTENSÃO AO GRUPO FAMILIAR

15.9 – O direito do ex-empregado de ser mantido no plano na condição de **BENEFICIÁRIO** estende-se ao grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, ressalvado o direito do **BENEFICIÁRIO** de ser mantido individualmente ou de solicitar a manutenção de apenas parte de seu grupo familiar.

15.10 – Com o falecimento do **BENEFICIÁRIO** Titular e desde que o contrato esteja vigente, aos **BENEFICIÁRIOS** Dependentes é assegurado o direito de permanecerem cobertos pelo plano, nos termos do disposto neste instrumento.

IV. MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

15.11 – As contraprestações devidas à **CONTRATADA**, assim como os valores relativos à coparticipação, nos planos que preveem essa modalidade, serão pagas diretamente pelos **BENEFICIÁRIOS** Titulares, até a data do vencimento e nos locais indicados pela **CONTRATADA**, acrescidas dos valores próprios à administração e cobrança individualizada.

15.12 – O não pagamento das importâncias devidas à **CONTRATADA** nos termos pactuados, sujeitará o **BENEFICIÁRIO** à cobrança de multa e juros de mora, nos termos previstos na legislação da saúde suplementar, atualmente previstos em 2% (dois por cento) de multa e 1% (um por cento) de juros de mora ao mês pelos dias em atraso, sem prejuízo da atualização monetária da contraprestação apurada pelo IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas) ou pelo índice que vier a substituí-lo.

15.13 – Caso o **BENEFICIÁRIO** não receba o seu boleto ou instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à **CONTRATADA** ou retirá-lo diretamente através do site amil.com.br.

15.14 – A **CONTRATADA** poderá, a seu livre critério, negociar e/ou parcelar o débito em aberto com o **BENEFICIÁRIO**.

15.15 – A manutenção do ex-empregado na condição de **BENEFICIÁRIO**, no mesmo plano em que se encontrava quando vigente a relação de emprego, observará as mesmas cláusulas referentes a reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existente durante a vigência do contrato de trabalho.

15.15.1 – O direito assegurado ao **BENEFICIÁRIO** não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

15.15.2 – O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado deverá corresponder ao valor integral estabelecido, com as devidas atualizações, e o valor da contraprestação deverá corresponder ao valor integral indicado na tabela de custos por faixa etária.

15.16 – Ao empregado aposentado que continua trabalhando na empresa **CONTRATANTE** e vem a se desligar dela é garantido o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO** na condição de aposentado.

15.17 – O **BENEFICIÁRIO** que estiver em atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias de, no mínimo, 02 (duas) mensalidades do plano privado de assistência à saúde, consecutivas ou não, e desde que no prazo de 10 (dez) dias ininterruptos da data da notificação, não tenha efetuado o pagamento do débito em aberto, terá seu vínculo rescindido unilateralmente pela **CONTRATADA**.

15.18 – A rescisão prevista no item anterior está condicionado à notificação do **BENEFICIÁRIO** até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência. Se notificado em prazo superior, a rescisão será efetuada se o pagamento do débito não for realizado no prazo de 10 (dez) dias contadas do recebimento da notificação.

15.19 – A notificação por inadimplência poderá ser realizada pelos seguintes meios, sem prejuízo de outros que vierem a ser autorizados pela regulamentação em vigor:

(i) correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;
(ii) mensagem de texto para telefones celulares (SMS);
(iii) mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas;
(iv) ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;
(v) carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou
(vi) preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.
(vii) área restrita da página institucional da operadora na Internet e/ou por meio de aplicativo da operadora para dispositivos móveis, mediante acesso por login e senha pessoais.

15.20 – É de responsabilidade do **BENEFICIÁRIO** manter as suas informações cadastrais atualizadas.

15.21 – A **CONTRATADA** excluirá o **BENEFICIÁRIO** por inadimplência das mensalidades, quando o **BENEFICIÁRIO** for responsável pela realização do pagamento diretamente à **CONTRATADA** de acordo com a regulamentação vigente.

V. PORTABILIDADE – ESPECIAL

15.22 – Durante o período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** de que trata esta cláusula, o **BENEFICIÁRIO** poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual, familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial, desde que possua o vínculo exigido pela norma, administrado por outra operadora de plano de saúde, na forma e nas especificidades previstas nas Resoluções Normativas nº 488 e nº 438, ambas da ANS ou de normas que eventualmente a substituam.

VI. EXTINÇÃO DO DIREITO ASSEGURADO NOS ARTIGOS 30 E 31 DA LEI Nº 9.656, DE 1998

15.23 – O ex-empregado terá seu direito de manutenção extinto se ocorrer qualquer das hipóteses abaixo:

(i) decurso dos prazos de manutenção, conforme previsto nos artigos 4º e 5º, parágrafos únicos, da Resolução Normativa nº 488/2022;

(ii) admissão em novo emprego;

(iii) cancelamento do contrato coletivo empresarial ao qual se encontra vinculado.

VII. COMUNICAÇÃO DE EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO

15.24 – Para requerer a efetiva exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA** as seguintes informações, acompanhadas dos documentos originais comprobatórios, caso solicitados pela **CONTRATADA**, a qualquer tempo:

(i) se o **BENEFICIÁRIO** foi excluído por demissão sem justa causa ou aposentadoria;

(ii) se o **BENEFICIÁRIO** aposentado continua vinculado à **CONTRATADA** por relação de emprego, conforme disposto no artigo 22 da RN nº 488/2022;

(iii) se o **BENEFICIÁRIO** contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;

(iv) por quanto tempo o **BENEFICIÁRIO** contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;

(v) se o **BENEFICIÁRIO** optou pela manutenção como **BENEFICIÁRIO** ou se recusou a manutenção dessa condição.

15.25 – A exclusão apenas será aceita pela **CONTRATADA** mediante a comprovação inequívoca, pela **CONTRATANTE**, de que foi dada ao **BENEFICIÁRIO** a opção de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO**, da qual gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

15.25.1 – Enquanto a documentação mencionada nos itens anteriores não tiver sido entregue à **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** continuará responsável pelo pagamento integral da contraprestação referente ao respectivo **BENEFICIÁRIO**.

16| Cláusula Décima Sexta

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1 – A suspensão ou exclusão de **BENEFICIÁRIOS** somente poderá ser realizada mediante pedido por escrito da **CONTRATANTE**.

16.2 – Na hipótese das Partes utilizarem a via física do cartão de identificação, a **CONTRATANTE** obriga-se a coletar o referido cartão de identificação destinado ao uso do sistema por parte do(s) **BENEFICIÁRIO**(s) excluído(s) e a devolver tal documento à **CONTRATADA**, assegurando-se a esta o direito de cobrar todos os valores correspondentes a eventual uso indevido desse documento para fins de cobertura de assistência constante do presente contrato.

16.3 – A **CONTRATADA** poderá, ainda, excluir ou suspender o plano do **BENEFICIÁRIO**, independentemente da vigência contratual e sem a necessidade de anuência da **CONTRATANTE** nos seguintes casos:

(i) perda do vínculo do **BENEFICIÁRIO** Titular com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**;

(ii) perda dos vínculos de dependência no caso de **BENEFICIÁRIO** Dependente;

(iii) fornecimento pela **CONTRATANTE** de informações incompletas e/ou inverídicas ou omissão de informações a respeito da população incluída no presente contrato;

(iv) prática, pela **CONTRATANTE** ou por **BENEFICIÁRIO**, de infrações com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem;

(v) prática, pelo **BENEFICIÁRIO**, de fraude referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do plano ou adesão a este, situação apurada mediante procedimento administrativo específico, bem como de qualquer omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações constantes da proposta contratual para contratação coletiva.

16.4 – As exclusões cadastrais implicarão perda imediata do direito da cobertura do atendimento.

16.5 – Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude, os **BENEFICIÁRIOS** perderão todos os direitos e/ou benefícios previstos neste contrato e não farão jus à devolução de qualquer quantia paga.

16.6 – A **CONTRATANTE** deverá comunicar a extinção do contrato aos **BENEFICIÁRIOS**, informando-os, ainda, caso não haja portabilidade para outra operadora, quanto ao direito de contratar plano individual, com o aproveitamento das carências já cumpridas, desde que (i) a opção ocorra no período de até 30 (trinta) dias, contados da data da rescisão ou do desligamento do **BENEFICIÁRIO**; e (ii) a **CONTRATADA** possua em comercialização, na época, plano na referida modalidade de contratação.

Cancelamento pelo BENEFICIÁRIO Titular

16.7 – O **BENEFICIÁRIO** Titular poderá, a qualquer tempo, solicitar ser excluído do contrato, bem como solicitar a exclusão de qualquer de seus dependentes, nos termos dispostos neste item, sem prejuízo do cumprimento das obrigações assumidas pela **CONTRATANTE** no contrato.

16.7.1 – O pedido de exclusão deverá ser apresentado à **CONTRATANTE**, que providenciará o respectivo processamento, por meio do site da **CONTRATADA**, em até 30 (trinta) dias, contados do recebimento do pedido.

16.7.2 – Processado o pedido pela **CONTRATANTE**, ele terá efeito imediato, sendo considerado este, para todos os efeitos, o momento de exclusão do **BENEFICIÁRIO** pela **CONTRATANTE**.

16.7.3 – Caso o prazo previsto no item anterior não seja cumprido, poderá o **BENEFICIÁRIO** Titular apresentar novo pedido, desta vez diretamente à **CONTRATADA**, que deverá ser instruído com cópia do pedido originalmente apresentado à **CONTRATANTE** (e-mail ou carta protocolada) e será processado com efeito imediato, a partir da data do seu recebimento pela **CONTRATADA**.

17| Cláusula Décima Sétima

RESCISÃO/SUSPENSÃO

I. SUSPENSÃO DO CONTRATO

17.1 – Se a **CONTRATANTE** atrasar o pagamento da contraprestação por período superior a 10 (dez) dias, serão suspensos, para todos os **BENEFICIÁRIOS**, o direito à cobertura e os demais benefícios contratuais.

17.1.1 – O exercício do direito da suspensão previsto no item anterior, encontra-se condicionado à comprovada notificação do devedor, que deverá ser enviada à CONTRATANTE até o 10º (décimo) dia de inadimplência.

II. RESCISÃO

17.2 – O presente contrato poderá ser extinto:

17.2.1 – Automaticamente, ainda que não tenha sido completado o prazo de vigência estabelecido na cláusula que dispõe sobre a duração do contrato, caso: (i) o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos se torne inferior a 2 (dois); ou (ii) a **CONTRATANTE** reduza em percentual igual ou superior a 30% (trinta por cento) o número de **BENEFICIÁRIOS** em comparação ao número de vidas apuradas no último aniversário do contrato, exceto nos casos em que as exclusões decorram, comprovadamente, de demissão dos empregados ou fechamento de unidades.

17.2.1.1 – A hipótese de rescisão automática acima mencionada não prejudica a faculdade da **CONTRATADA** de cobrar a multa prevista no item 17.3 do presente contrato.

17.2.2 – Imotivadamente, por iniciativa de qualquer uma das partes, após vencido o prazo de vigência inicial, desde que a parte contrária seja previamente notificada com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

17.2.3 – Unilateralmente pela **CONTRATADA**, em caso de atraso: (i) no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, ou (ii) no pagamento das cobranças relativas ao repasse de custos a que se refere o item Coberturas Extracontratuais e demais Despesas por período superior a 60 (sessenta) dias.

17.2.4 – Unilateralmente pela **CONTRATADA**, quando o contrato for celebrado por empresário individual em caso de atraso: (i) de no mínimo duas contraprestações pecuniárias, consecutivos ou não, ou (ii) no pagamento das cobranças relativas ao repasse de custos a que se refere o item Coberturas Extracontratuais e demais Despesas por período superior a 60 (sessenta) dias.

17.2.5 – Para ocorrer o cancelamento do contrato por inadimplência da **CONTRATANTE**, esta deverá ser previamente notificada até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência. A notificação por inadimplência poderá ser realizada pelos seguintes meios, sem prejuízo de outros que vierem a ser autorizados pela regulamentação em vigor:

(i) correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;
(ii) mensagem de texto para telefones celulares (SMS);
(iii) mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas;
(iv) ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;
(v) carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou
(vi) preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.
(vii) área restrita da página institucional da operadora na Internet e/ou por meio de aplicativo da operadora para dispositivos móveis, mediante acesso por login e senha pessoais.

17.2.6 Unilateralmente pela **CONTRATADA**, quando celebrado por Empresário Individual e identificada irregularidade da inscrição da **CONTRATANTE** nos orgãos competentes bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, na data de aniversário do contrato, mediante comunicação prévia à **CONTRATANTE** com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

17.2.6.1 – É de resposabilidade do **CONTRATANTE** manter as suas informações cadastrais atualizadas junto a **CONTRATADA**.

17.2.7 – Unilateralmente pela **CONTRATADA** nas hipóteses de (i) ausência de legitimidade da pessoa jurídica **CONTRATANTE**; (ii) fraude, omissão ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela **CONTRATANTE**, para auferir vantagens próprias, para si ou para seus **BENEFICIÁRIOS**; e (iii) omissão ou fornecimento de informações incorretas, incompletas ou inverídicas na Proposta Comercial pela **CONTRATANTE**, caso não seja possível revisar e adequar os preços, ou a **CONTRATANTE** não concorde com a revisão e adequação dos preços, hipóteses essas reconhecidas como violação às disposições contratuais e ao princípio da boa-fé objetiva.

17.2.7.1 – A hipótese de cancelamento prevista acima não afasta a prerrogativa da **CONTRATADA** de buscar indenização pelos prejuízos que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida ou ressarcimento de enriquecimento sem causa, direto ou indireto, da **CONTRATANTE**, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

17.3 – Caso a **CONTRATANTE** extinga imotivadamente ou venha a dar causa à extinção do contrato, antes de transcorrido o prazo mínimo de vigência estabelecido no tema **DURAÇÃO DO CONTRATO**, ficará sujeita ao pagamento à **CONTRATADA** de multa rescisória no valor correspondente a 03 (três) vezes o valor da última fatura paga sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do contrato, incluídos os valores relativos à coparticipação e franquia, ainda que futuramente exigidos e sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito em caso de inadimplência, a exclusivo critério da **CONTRATADA**, mediante prévio aviso à **CONTRATANTE**.

17.4 – A **CONTRATANTE** se obriga, em caso de encerramento do presente contrato e contratação com outra Operadora/Seguradora de Planos de Saúde, a comunicar a troca de Operadora a todos os **BENEFICIÁRIOS** Titulares e Dependentes vinculados ao contrato, obrigando-se, ainda, a migrar todos eles para a nova Operadora/Seguradora, independentemente da existência ou não de ações judiciais e/ou demandas administrativas, incluindo os **BENEFICIÁRIOS** ativos e/ou inativos que tenham obtido o direito a manutenção da cobertura do plano de saúde por força de lei, determinação judicial ou em decorrência de previsão na política de benefícios da **CONTRATANTE**.

17.4.1 – Sem prejuízo do disposto nos itens acima, em qualquer hipótese de cancelamento do contrato ou suspensão da cobertura, caber à **CONTRATANTE** assumir (i) todos os custos decorrentes de sinistros, a partir da data de encerramento do contrato; (ii) as penalidades ou multas e quaisquer outras despesas havidas em decorrência de qualquer medida judicial e/ou administrativa movida contra a **CONTRATADA**, que envolva os **BENEFICIÁRIOS** vinculados a este contrato, obrigando-se a ressarci-la, após a comunicação da respectiva ocorrência, de todos os valores que esta venha a despender em decorrência de reclamações; e (iii) todos os custos decorrentes de sinistros, penalidades ou multas e quaisquer outras despesas havidas em reclamações, seja de que natureza forem, intentadas por **BENEFICIÁRIOS** que, por determinação judicial, venham a ser mantidos na qualidade de **BENEFICIÁRIOS** da **CONTRATADA**, após o término de vigência do contrato, obrigando-se a ressarci-la de todos os valores que esta venha a ser compelida a despender a este título, inclusive com relação a penalidades, multas, honorários, custas judiciais, juros, etc.

17.5 – Em caso de rescisão do contrato, será facultado aos **BENEFICIÁRIOS** celebrar contratos individuais, se em comercialização pela **CONTRATADA**, nas bases e condições próprias dos produtos vigentes, inclusive com relação a preço.

18| Cláusula Décima Oitava

PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

18.1 – Estas disposições aplicam-se a toda atividade de tratamento dos dados pessoais da **CONTRATANTE** que seja realizada pela **CONTRATADA** quando esta estiver tratando dados pessoais que pertençam aos **BENEFICIÁRIOS** vinculados à **CONTRATANTE**, sempre que tiver recebido ou tido acesso a tais dados pessoais para o propósito de execução deste contrato.

18.2 – As partes cumprirão a Legislação de Proteção de Dados que tenha conexão com este contrato.

18.3 – As partes garantem que todo o seu pessoal, agentes e subcontratados que tiverem acesso a dados pessoais estarão sujeitos a obrigações de manter a confidencialidade sobre tais dados, a não ser que a revelação seja necessária ao atendimento de qualquer obrigação legal ou regulatória.

18.4 – As Partes implementarão e manterão um programa de segurança da informação apropriado, razoável e por escrito, que inclua medidas físicas, técnicas e organizacionais proporcionais à natureza dos dados pessoais tratados neste contrato, medidas que correspondam a padrões de boas práticas industriais ou que as superem e que sejam adequadas para prevenir violação de dados pessoais.

18.5 – A **CONTRATADA** realizará atividades de tratamento dos dados pessoais da **CONTRATANTE** para executar o contrato e atender as prescrições legais e regulatórias emitidas pelas autoridades regulatórias, especialmente pelas entidades e autoridades responsáveis pelo setor de saúde suplementar e pela proteção de dados pessoais.

18.6 – A **CONTRATADA** manterá a confidencialidade de todos os dados pessoais relacionados com o contrato, ressalvadas as provisões regulatórias em sentido diverso.

18.7 – A **CONTRATADA** implementará medidas técnicas e organizacionais para proteger os dados pessoais da **CONTRATANTE** contra acessos, perdas, alteração, revelação, destruição não autorizada ou acidental ou qualquer outra forma de tratamento não autorizada ou ilegal.

18.8 – Caso a **CONTRATADA** colete qualquer dado pessoal em nome da **CONTRATANTE**, este será coletado de acordo com a forma, o parâmetro ou a exigência legal aplicável, inclusive em relação aos meios de coleta legalmente especificados. Quando a coleta do consentimento for, de algum modo, necessária ao exercício do presente contrato, a **CONTRATANTE** será responsável pelas formas de coleta e por manter os registros de cada consentimento coletado.

18.9 – A **CONTRATANTE** fornecerá à **CONTRATADA** toda a assistência razoavelmente necessária para que esta cumpra suas obrigações perante a legislação de proteção de dados (inclusive no que se refere à resposta à solicitação de titulares de dados no exercício de seus direitos e às consultas às autoridades competentes).

18.10 – Segundo opção da **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** prontamente excluirá ou devolverá todos os dados pessoais da **CONTRATANTE**, mediante solicitação desta ou na ocorrência de rescisão deste contrato, a menos que haja obrigação em diferente sentido, nos termos da legislação e regulação aplicável.

18.11 – Mediante solicitação da **CONTRATANTE** ou do titular de dados, a **CONTRATADA** deverá corrigir ou atualizar todos os dados pessoais da **CONTRATANTE** mantidos pela **CONTRATADA**.

18.12 – A **CONTRATADA** terá o direito de ser reembolsada pela **CONTRATANTE** por perdas, danos, multas, custos ou despesas (incluindo despesas e desembolsos legais) incorridos pela **CONTRATADA** e que resultem na violação de dados pessoais, em falha na adoção de medidas de segurança exigidas pelo artigo 46 da LGPD ou na violação de algum item desta cláusula em relação a quaisquer dados pessoais tratados em conexão com o contrato. Tais valores serão considerados perdas diretas e serão devidos pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** mediante comprovação.

19| Cláusula Décima Nona

DOS CÓDIGOS DE CONDUTA E PROGRAMA DE ÉTICA E COMPLIANCE DA CONTRATADA

19.1 – A **CONTRATANTE** declara ter ciência aos termos dos Códigos de Conduta e Programa de Compliance da **CONTRATADA**, onde estão dispostos os princípios gerais de Ética e Integridade da **CONTRATANTE**, bem como as melhores práticas para realização do negócio objeto deste **CONTRATO**.

19.1.1 – Os documentos mencionados nestas cláusulas, encontra-se disponibilizados pela **CONTRATADA**, por meio de seu "site": www.amil.com.br, comprometendo-se a **CONTRATANTE**, a observá-los e a respeita-los.

DA RESPONSABILIDADE SOCIAL E DO CUMPRIMENTO DA LEI ANTICORRUPÇÃO

19.2 – Durante a vigência do Contrato, as Partes se comprometem a:

a) respeitar e fazer cumprir toda a legislação ambiental vigente, não empregar trabalhadores menores de 16 (dezesseis) anos de idade, salvo na condição de aprendizes a partir de 14 (quatorze) anos, bem como, não empregar adolescentes de até 18 (dezoito) anos de idade em locais prejudiciais à sua formação, ao seu desenvolvimento, de forma alguma adotar práticas de trabalho análogo ao escravo e trabalho ilegal de crianças e adolescentes no cumprimento do presente Contrato.

b) cumprir todas e quaisquer políticas estabelecidas, leis e regulamentos anticorrupção e antisuborno, incluindo, mas não se limitando, ao *U.S. Foreign Corrupt Practices Act ("FCPA")* e a Lei Federal nº 12.846/2013, Lei Brasileira Anticorrupção se comprometendo as Partes em manter ou criar políticas e processos para promover o cumprimento dessas leis e regulamentos, bem como implementar um programa de integridade caso não exista.

c) não solicitar, sugerir, dar, oferecer, prometer ou pagar, direta ou indiretamente através de terceiros, qualquer item de valor (exemplos: pagamentos em dinheiro, entretenimentos, presentes, hospitalidades, contribuições políticas, produtos ou serviços, etc.) para qualquer agente público ou privado, com o objetivo de influenciar indevidamente qualquer ato, decisão ou concessão, ou para garantir uma vantagem imprópria.

d) A não observância das obrigações previstas neste contrato, em especial nesta cláusula de Compliance, poderá ensejar o pleito de rescisão do contrato com possível reparação de perdas e danos pela parte prejudicada.

e) A **CONTRATANTE** concede, desde já, à **CONTRATADA** o direito de auditar os livros e registros da **CONTRATANTE**, para fins exclusivamente de verificar o cumprimento desta cláusula. A realização desta auditoria estará condicionada à prévia notificação da parte solicitante, bem como, agenda definida em comum acordo entre as Partes.

20 | Cláusula Vigésima

DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1 – **NOMENCLATURA** – a nomenclatura médica de doenças a que se refere este contrato segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão – CID 10, da Organização Mundial da Saúde.

20.2 – **DOCUMENTAÇÃO** – fazem parte do presente contrato (i) seus ANEXOS e regulamentos; (ii) a Proposta Contratual; (iii) a Rede Credenciada da **CONTRATADA**, definida pelo tipo de plano contratado; (iv) a Declaração de Saúde; (v) o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC), documentos previamente entregues pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE**, além da (vi) Carta de Orientação ao **BENEFICIÁRIO**; (vii) dos recibos de pagamento e (viii) do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

20.2.1 – É responsabilidade da **CONTRATANTE** entregar ao **BENEFICIÁRIO** Titular, previamente à adesão ao plano de saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital.

20.2.2 – É responsabilidade da **CONTRATADA** enviar ao **BENEFICIÁRIO** Titular o Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou por meio de mídia digital, juntamente com o cartão de identificação.

20.2.3 – É responsabilidade de ambas as partes oferecer, sempre que solicitado pelo **BENEFICIÁRIO** Titular e desde que este tenha disponibilizado seu endereço, cópia das condições gerais do contrato, que conterão, no mínimo, os temas que compõem o Guia de Leitura Contratual.

20.3 – **TRANSFERÊNCIA DE PLANOS** – as partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela **CONTRATANTE**, de acordo com as opções de planos contratados e indicados na tabela de vendas correspondente ao presente contrato.

20.3.1 – Quando da transferência de **BENEFICIÁRIO** para um plano com mais benefícios, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo, observando-se que:

20.3.1.1 – Caso a transferência se dê para um plano que contenha (i) novos benefícios; (ii) nova rede credenciada; e (iii) novo padrão de acomodação e não se trate de casos de portabilidade/migração, os **BENEFICIÁRIOS** cumprirão apenas as carências determinadas para esses casos, de acordo com o que estiver previsto no novo plano.

20.4 – **COBERTURAS EXTRACONTRATUAIS E DEMAIS DESPESAS** – caso a **CONTRATADA** seja obrigada a oferecer coberturas extracontratuais ou a pagar despesas não previstas no presente contrato, ainda que por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar à **CONTRATADA** todo e qualquer valor que esta venha a despender, incluindo o valor da condenação judicial, das custas, das despesas processuais e administrativas e dos honorários advocatícios.

20.4.1 – Nos casos em que a **CONTRATANTE** for responsável por reembolsar as despesas acima mencionadas, a **CONTRATADA** notificará a **CONTRATANTE**, dando-lhe ciência quanto à ocorrência da situação para que esta tenha a oportunidade de se manifestar a respeito e indicar, se for o caso, os argumentos de defesa.

20.4.2 – O não envio da notificação indicada no item anterior não desobriga a **CONTRATANTE** de realizar o reembolso à **CONTRATADA**.

20.4.3 – As despesas apuradas em razão das obrigações previstas na presente cláusula do contrato serão pagas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** após o trânsito em julgado da ação judicial ou quando do encerramento deste contrato, o que acontecer primeiro.

20.4.4 – Caso, quando do encerramento do contrato, haja ainda em discussão ações judiciais que tratem das hipóteses previstas nesta cláusula, a **CONTRATADA** fará a cobrança dos valores já despendidos em tais processos, sem prejuízo de realizar novas cobranças no futuro, caso não haja sua exclusão do polo passivo desses processos após a notícia do encerramento do contrato.

20.4.5 – Eventuais custos com coberturas extracontratuais e demais despesas que sejam efetuados em razão de concessão de liberalidade pela **CONTRATADA** não serão objeto do mecanismo de ressarcimento previsto nesta cláusula.

20.4.6 – Os valores que venham a ser reembolsados pela **CONTRATANTE** nos termos desta cláusula não serão computados para fins de apuração da sinistralidade do contrato.

20.5 – **MEDIAÇÃO** – a **CONTRATANTE** obriga-se a informar ao **BENEFICIÁRIO** que é dever deste entrar em contato prévio com a **CONTRATADA**, por intermédio de qualquer de seus canais de atendimento, caso ocorra qualquer conflito relacionado com o presente contrato e que nenhuma reclamação deve ser apresentada perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nem demanda judicial que verse sobre os termos deste instrumento deve ser distribuída antes de que essa providência seja tomada, a fim de que se busque a composição de uma solução amigável para o pleito.

20.6 – **RESPONSABILIDADES DAS PARTES** – as partes acordam que o ônus decorrente de demandas administrativas – incluindo multas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dos Procons, mas não limitadas exclusivamente a estas – ou judiciais decorrente de atos de responsabilidade de cada uma delas, nos termos de suas obrigações legais e regulamentares, será por cada qual suportado, de acordo com os critérios expostos a seguir:

20.6.1 – Serão de responsabilidade da **CONTRATANTE** os processos e as demandas motivados por questões administrativas, incluindo-se, em rol meramente exemplificativo: movimentação cadastral; suspensão/ cancelamento do contrato por inadimplência; vigência de contrato; elegibilidade de **BENEFICIÁRIOS**; diferença na aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias (em relação àqueles praticados pela **CONTRATADA** e previstos em contrato); preenchimento de dados e apresentação de documentos necessários na Proposta Comercial; omissão/inexatidão na informação sobre carências, coberturas parciais temporárias e rede de atendimento, entre outros.

20.6.1.1 – Havendo determinação administrativa ou judicial que (i) impeça a aplicação dos reajustes previstos no presente contrato ou (ii) reduza o valor da contraprestação pactuada entre as partes, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar à **CONTRATADA** qualquer valor que a **CONTRATADA** venha a despender, incluindo o valor de condenação, custas, despesas processuais e honorários advocatícios. A **CONTRATANTE** deverá, ainda, pagar à **CONTRATADA** a diferença de valor da contraprestação, considerando o que será efetivamente pago pelo **BENEFICIÁRIO** ativo e/ou inativo e o valor devido.

20.6.2 – Serão de responsabilidade da **CONTRATADA** os processos e as demandas motivados por questões assistenciais e de coberturas contratuais, ressalvados os casos de negativas de atendimento por suspensão ou cancelamento do contrato decorrente de falha operacional da **CONTRATANTE**, entre outros.

20.6.3 – As partes estabelecem, por fim, que, quando juridicamente possível, a parte que foi demandada por ato que não seja de sua responsabilidade deverá informar à outra parte para que (i) compareça espontaneamente em juízo ou perante autoridade competente, reconhecendo sua condição de única e exclusiva responsável, bem como forneça à outra parte toda a documentação solicitada por esta, necessária para garantir sua defesa; e (ii) se possível, substitua a parte exigência na demanda administrativa ou judicial

20.7 – **NOMEAÇÃO E DESTITUIÇÃO DE CORRETOR(A)** – A nomeação e destituição do(a) corretor(a) responsável por intermediar a relação entre as partes é de inteira e exclusiva responsabilidade da **CONTRATANTE**.

20.7.1 – A nomeação do corretor deverá ser realizada pela **CONTRATANTE** mediante comunicação prévia, por escrito, enviada a **CONTRATADA**.

20.7.2 – A **CONTRATADA** acatará a designação de novo(a) corretor(a) em substituição ao (a) anteriormente nomeado: (i) a qualquer tempo, mediante notificação encaminhada pela **CONTRATANTE** com a anuência do corretor substituído, ou (ii) na data de aniversário do Contrato, mediante notificação da **CONTRATANTE** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, e sem necessidade de anuência, bastando a comprovação da ciência do corretor substituído.

20.8 – **LIBERALIDADE DA CONTRATADA** – a autorização concedida pela **CONTRATADA** para a cobertura de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere à **CONTRATANTE** ou ao **BENEFICIÁRIO** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da **CONTRATADA**.

20.9 – **TOLERÂNCIA** – a tolerância ou a demora da **CONTRATADA** em exigir da **CONTRATANTE** o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

20.10 – **NÃO PRESUNÇÃO** – não se admite a presunção de que a **CONTRATADA** ou a **CONTRATANTE** possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato ou de comunicação posterior por escrito.

20.11 – **SUB-ROGAÇÃO** – a **CONTRATADA** ficará sub-rogada em todos os direitos e ações da **CONTRATANTE** contra aqueles que por ato, fato ou omissão tenham causado as despesas cobertas pela **CONTRATADA** ou para elas tenham concorrido, obrigando-se a **CONTRATANTE** a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

20.12 – **ENVIO DE INFORMAÇÕES À ANS** – conforme disposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em resolução normativa própria, o envio de informações relativas à assistência médica prestada aos **BENEFICIÁRIOS** é responsabilidade da **CONTRATADA**, que as enviará, por intermédio do coordenador médico de informações em saúde que estiver cadastrado perante a agência. Resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais do coordenador, a **CONTRATADA** responde pela omissão ou incorreção dos dados enviados, que serão preservados de acordo com a garantia de sigilo médico de informações.

20.13 – **DECLARAÇÕES** – a **CONTRATANTE** declara, neste ato, sob as penas da lei, que as informações ora prestadas são verdadeiras, declarando, ainda, que todas as inclusões de **BENEFICIÁRIOS** obedecerão às regras estabelecidas neste contrato, principalmente no que tange à elegibilidade destes, responsabilizando-se administrativa, penal e civilmente pelo ressarcimento das perdas e dos danos decorrentes de eventual inclusão indevida, sem prejuízo da aplicação das penalidades contratuais cabíveis em razão do descumprimento dessa obrigação.

20.14 – **CONTRATOS COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** – os contratos que vierem a ser celebrados com a administração pública direta ou indireta obedecerão aos termos do respectivo edital e à Lei nº 14.133/21 (Lei de Licitações e Contratos Administrativos).

21 | Cláusula Vigésima Primeira

DO FORO

21.1 – Fica eleito o foro de domicílio da **CONTRATANTE** para dirimir as questões oriundas do presente contrato.

PME
PRODUTOS DISPONÍVEIS PESSOA JURÍDICA - AMIL 701-4 PME

Produtos disponibilizados para pessoa jurídica – versão 701-4 PME

REGISTRO ANS	PRODUTO ANS	SEGMENTAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO	REEMBOLSO	TIPO CONTRATAÇÃO	PADRÃO ACOMODAÇÃO	FORMAÇÃO PREÇO	CÓD. REDE	NOME REDE	ABRANGÊNCIA
492209223	Amil S380 QC Nac R Copart PJ NT	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim*	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	883	Amil S380 QC	Nacional
483779197	Amil S380 QC Nac R Copart PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim*	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	883	Amil S380 QC	Nacional
492212223	Amil S380 QP Nac R Copart PJ NT	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim*	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	884	Amil S380 QP	Nacional
483781199	Amil S380 QP Nac R Copart PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim*	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	884	Amil S380 QP	Nacional
483809192	Amil S450 QC Nac R Copart PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim*	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	878	Amil S450 QC	Nacional
497457233	Amil S450 QC Nac R Copart PJ NT	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim*	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	878	Amil S450 QC	Nacional
492206229	Amil S450 QP Nac R Copart PJ NT	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim*	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	879	Amil S450 QP	Nacional
483803193	Amil S450 QP Nac R Copart PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim*	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	879	Amil S450 QP	Nacional
492087222	Amil S750 QP Nac R Copart PJ NT	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim*	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	880	Amil S750 QP	Nacional
483815197	Amil S750 QP Nac R Copart PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim*	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	880	Amil S750 QP	Nacional

PME
PRODUTOS DISPONÍVEIS PESSOA JURÍDICA - AMIL 701-4 PME

REGISTRO ANS	PRODUTO ANS	SEGMENTAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO	REEMBOLSO	TIPO CONTRATAÇÃO	PADRÃO ACOMODAÇÃO	FORMAÇÃO PREÇO	CÓD. REDE	NOME REDE	ABRANGÊNCIA
492235222	Amil One S2500 QP Nac R Copart PJ NT	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim*	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	881	Amil One S2500 QP	Nacional
483819190	Amil One S2500 QP Nac R Copart PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim*	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	881	Amil One S2500 QP	Nacional

*Consultas, Exames, Internações, Terapias e Atendimento Ambulatorial.

REGISTRO ANS	PRODUTO ANS	SEGMENTAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO	REEMBOLSO	TIPO CONTRATAÇÃO	PADRÃO ACOMODAÇÃO	FORMAÇÃO PREÇO	CÓD. REDE	NOME REDE	ABRANGÊNCIA
500237241	Amil PJ Bronze SP QC Copart	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	1060	Bronze SP	Grupo de Municipios
500238249	Amil PJ Bronze SP QC Copart TP	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	1060	Bronze SP	Grupo de Municipios
501172248	Amil PJ Bronze SP Mais I QC Copart	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	1077	Bronze SP Mais	Grupo de Municipios
501173246	Amil PJ Bronze SP Mais I QC Copart TP	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	1077	Bronze SP Mais	Grupo de Municipios
500231241	Amil PJ Bronze RJ QC Copart	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	1061	Bronze RJ	Grupo de Municipios
500232240	Amil PJ Bronze RJ QC Copart TP	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	1061	Bronze RJ	Grupo de Municipios
500240241	Amil PJ Bronze RJ Mais QC Copart	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	1068	Bronze RJ Mais	Grupo de Municipios
500241249	Amil PJ Bronze RJ Mais QC Copart TP	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	1068	Bronze RJ Mais	Grupo de Municipios

PME
PRODUTOS DISPONÍVEIS PESSOA JURÍDICA - AMIL 701-4 PME

REGISTRO ANS	PRODUTO ANS	SEGMENTAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO	REEMBOLSO	TIPO CONTRATAÇÃO	PADRÃO ACOMODAÇÃO	FORMAÇÃO PREÇO	CÓD. REDE	NOME REDE	ABRANGÊNCIA
501766251	Amil Bronze DF QC Copart	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	1102	Bronze DF QC	Municipal
501764255	Amil Bronze DF QP Copart	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	1103	Bronze DF QP	Municipal
501774252	Amil Bronze DF QC Copart TP	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	1102	Bronze DF QC	Municipal
501765253	Amil Bronze DF QP Copart TP	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	1103	Bronze DF QP	Municipal
502741251	Amil Bronze PR QC Copart	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	1122	Bronze PR QC	Grupo de Municípios
502736255	Amil Bronze PR QP Copart	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	1123	Bronze PR QP	Grupo de Municípios
502739250	Amil Bronze PR QC Copart TP	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	1122	Bronze PR QC	Grupo de Municípios
502740253	Amil Bronze PR QP Copart TP	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	1123	Bronze PR QP	Grupo de Municípios
500249244	Amil PJ Prata QC Copart	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	1078	Prata QC	Nacional
500255249	Amil PJ Prata QC Copart TP	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	1078	Prata QC	Nacional
500248246	Amil PJ Prata QP Copart	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	1079	Prata QP	Nacional

PME
PRODUTOS DISPONÍVEIS PESSOA JURÍDICA - AMIL 701-4 PME

REGISTRO ANS	PRODUTO ANS	SEGMENTAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO	REEMBOLSO	TIPO CONTRATAÇÃO	PADRÃO ACOMODAÇÃO	FORMAÇÃO PREÇO	CÓD. REDE	NOME REDE	ABRANGÊNCIA
500253242	Amil PJ Prata QP Copart TP	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	1079	Prata QP	Nacional
500304241	Amil PJ Ouro QC R Copart	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim**	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	1080	Ouro QC	Nacional
500306247	Amil PJ Ouro QC R Copart TP	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim**	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta-belecido	1080	Ouro QC	Nacional
500305249	Amil PJ Ouro QP R Copart	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim**	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	1074	Ouro QP	Nacional
500295248	Amil PJ Ouro QP R Copart TP	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim**	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	1074	Ouro QP	Nacional
500310245	Amil PJ Platinum QP R Copart	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim**	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	1081	Platinum QP	Nacional
500311243	Amil PJ Platinum QP R Copart TP	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim**	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	1081	Platinum QP	Nacional
500314248	Amil PJ Platinum Mais QP R Copart	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim**	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	1069	Platinum Mais	Nacional
500300248	Amil PJ Platinum Mais QP R Copart TP	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim**	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	1069	Platinum Mais	Nacional
500258243	Amil PJ Black QP R Copart	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim**	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	1066	Black	Nacional
500257245	Amil PJ Black QP R Copart TP	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim**	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta-belecido	1066	Black	Nacional

** Consultas e Honorários Médicos de Internação.

ANEXOS DAS COBERTURAS ADICIONAIS

ANEXO
Seguro Viagem Internacional

Bronze SP, Bronze RJ, Bronze SP Mais, Bronze RJ Mais, Bronze DF, Bronze PR, Prata, Ouro, Platinum, Platinum Mais, Amil S380, Amil S450 e Amil S750

Serviço disponível para contratação

Processo SUSEP 15414.610536/2022-67

CONDIÇÕES CONTRATUAIS DAS COBERTURAS DE SEGURO

COBERTURAS*	Plano 1	Plano 2	Plano 3
Despesas Médico-Hospitalares e/ou Odontológicas em Viagem Internacional (DMHO-VI)	USD 15.000,00/ EUR 30.000,00	USD 100.000,00	USD 300.000,00 USD 100.000,00 para práticas desportivas
Translado Médico (TM)	USD 15.000,00/ EUR 30.000,00	USD 10.000,00	USD 10.000,00
Regresso Sanitário (RS)	USD 15.000,00/ EUR 30.000,00	USD 60.000,00	USD 100.000,00
Translado do Corpo (TC)	USD 15.000,00/ EUR 30.000,00	USD 15.000,00	USD 15.000,00
Despesas Farmacêuticas	USD 500,00	USD 1.000,00	USD 1.000,00
Visita ao Usuário Segurado Hospitalizado (VUSH)	USD 600,00	USD 1.250,00	USD 1.250,00
Hospedagem em Hotel após Alta Hospitalar (HHAH)	USD 600,00	USD 1.250,00	USD 1.250,00
Regresso Antecipado (RA)	USD 2.000,00	USD 2.500,00	USD 3.500,00
Regresso Antecipado por Sinistro no Domicílio (RD)	USD 2.000,00	USD 2.500,00	USD 3.500,00
Acompanhamento de Menor e/ou Idoso (AMI)	USD 2.000,00	USD 2.500,00	USD 3.500,00
Retorno de Familiares em Caso de Falecimento do Segurado (RFFS)	USD 3.500,00	USD 3.500,00	USD 3.500,00
Período Máximo de Viagem	90 dias	180 dias	180 dias

*As coberturas estipuladas em euros (EUR) são válidas para viagens realizadas dentro do território dos Estados-membros da União Europeia e Estados Associados, signatários do Tratado de Schengen. Fora desses países, aplica-se o limite de cobertura em dólares norte-americanos (USD).

Apresentação

Neste documento, são apresentadas as Condições Contratuais do **Seguro Viagem Exterior**. Elas estabelecem quais as coberturas contratadas e seus limites, os riscos excluídos e a forma de utilização de seu seguro.

Este seguro é regido pela legislação aplicável aos contratos de seguro, pelas disposições legais específicas do seguro de pessoas, pelas presentes Condições Contratuais, gerais e especiais e por eventuais endossos a esse contrato.

Para os casos não previstos nestas Condições Contratuais, será aplicada a lei que regulamenta os seguros privados no Brasil.

Todos os valores referentes ao capital segurado, prêmios e outros valores serão pagos em moeda nacional de curso forçado (real brasileiro). Os valores indicados em moeda estrangeira (dólar) serão convertidos em real brasileiro na data do sinistro. As coberturas que eventualmente estiverem fixadas e estipuladas em euros (EUR) são válidas para viagens realizadas dentro do território dos Estados-membros da União Europeia e Estados Associados, signatários do Tratado de Schengen. Fora desses países, aplica-se o limite de cobertura em dólares norte-americanos (USD).

Para todos os efeitos destas Condições Contratuais, o **BENEFICIÁRIO** vinculado a um dos planos de saúde operados pela **AMIL** será denominado Segurado.

O Segurado declara conhecer e aceitar os termos destas Condições Contratuais, em especial quando tratarem das cláusulas limitativas que se encontram em destaque ao longo do texto deste instrumento.

ATENÇÃO: O SEGURO VIAGEM NÃO É SEGURO SAÚDE! LEIA ATENTAMENTE AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, OBSERVANDO SEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO O LIMITE DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO PARA CADA COBERTURA.

AS COBERTURAS DESTE SEGURO SERÃO PRESTADAS PELA EMPRESA DE SERVIÇOS, INDICADA NO CERTIFICADO INDIVIDUAL (AVISO DE VIAGEM).

O REGISTRO DESTE PLANO NA SUSEP NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, INCENTIVO OU RECOMENDAÇÃO À SUA COMERCIALIZAÇÃO.

O SEGURADO PODERÁ CONSULTAR A SITUAÇÃO CADASTRAL DE SEU CORRETOR DE SEGUROS, NO SITE WWW.SUSEP.GOV.BR, POR MEIO DO NÚMERO DE SEU REGISTRO NA SUSEP, NOME COMPLETO, CNPJ OU CPF.

Definições

Para todos os efeitos deste Anexo, deverão ser observados os seguintes conceitos:

ACIDENTE PESSOAL: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, do **BENEFICIÁRIO** ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

Incluem-se nesse conceito:

(i) o suicídio, ou a sua tentativa [se decorridos 2 – dois – anos de vigência], que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;

(ii) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;

(iii) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

(iv) Os acidentes decorrentes de sequestro e tentativas de sequestro;

(v) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Excluem-se desse conceito:

(i) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvados as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

(ii) As intercorrências ou complicações consequentes à realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

(iii) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos – LER, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, lesão por trauma continuado ou contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamento, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo;

(iv) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

ÂMBITO GEOGRÁFICO: local de abrangência das coberturas da apólice.

APÓLICE: documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação do risco solicitada pelo Estipulante.

ASSISTÊNCIA 24 HORAS: é o conjunto dos serviços descritos e caracterizados nestes Termos e Condições – nos limites previstos, prestados pela empresa de serviços, indicada no certificado individual denominado, neste instrumento, como "Assistência".

AVISO DE SINISTRO: comunicação da ocorrência de sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

BENEFICIÁRIO: pessoa em favor da qual é devida a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

CAPITAL SEGURADO: valor máximo de responsabilidade da Seguradora estabelecido na Apólice e no Certificado Individual para cada Cobertura contratada.

CARÊNCIA: período contínuo de tempo, contado a partir do início da vigência do seguro, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado ainda não possui direito à Cobertura contratada.

CENTRAL DE ASSISTÊNCIA: central telefônica de assistência que ficará à disposição dos Usuários quando da solicitação de serviços 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por ano.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: documento emitido pela Seguradora e destinado ao Segurado, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.

COBERTURA: compromisso assumido pela Seguradora de pagar o valor do capital segurado caso ocorra um dos eventos definidos nas Condições Contratuais, desde que tal evento não seja excluído dessa cobertura, de acordo com as condições da apólice.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: conjunto de disposições que regem a contratação deste seguro, incluindo as constantes das Condições Contratuais e das Condições Especiais. Sempre que a interpretação o permita, em qualquer texto das Condições Contratuais, o masculino englobará o feminino, o singular o plural e vice-versa.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que podem ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: conjunto de cláusulas que rege um mesmo seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, dos **BENEFICIÁRIOS** e do Estipulante.

CORRETOR DE SEGUROS: pessoa física ou jurídica habilitada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) e autorizada a angariar e promover contratos de seguros.

DANO ESTÉTICO: qualquer dano físico/corporal causado à pessoa que, embora não acarrete sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, implique redução ou eliminação dos padrões de beleza ou de estética.

DANO MORAL: toda e qualquer ofensa ou violação que, mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda os seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo, em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico. O Dano Moral é risco excluído de todas as coberturas deste seguro.

DOENÇA AGUDA: doença de início súbito não decorrente de uma doença preexistente.

DOENÇA CRÔNICA: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado. Podem ser:

(i) **DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento;

(ii) **DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

DOENÇAS PREEXISTENTES: doença ou lesão, inclusive congênita, contraída pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro e não informada na declaração pessoal de saúde da Proposta de Adesão e que poderá ser identificada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

DOENÇA SÚBITA: alteração aguda do estado de saúde do Usuário com a evolução curta e nítida que, no momento do atendimento, acarreta sofrimento físico intenso ou risco imediato à vida, excluídos os casos de doenças crônicas ou preexistentes.

DOLO (OU ATO DOLOSO): ato praticado por vontade deliberada que produz dano, ou seja, é um ato de má-fé, fraudulento, visando a prejuízo de outrem, quer físico, quer financeiro.

DOMICÍLIO: o endereço de residência do Segurado no Brasil, por ele declarado no momento da contratação do seguro.

EMERGÊNCIA (MÉDICA): situação na qual o Segurado necessita de atendimento imediato, pois existe risco de morte.

ENFERMIDADE SÚBITA E AGUDA: alteração repentina e intensa do estado de saúde do Segurado constatada por médico, contraída e originada após a data de início de Vigência da Cobertura Individual, inclusive os quadros clínicos de Emergência ou Urgência, excetuadas crises agudas de doenças crônicas.

EVENTO COBERTO: acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas Condições Contratuais.

ESTIPULANTE: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado nos termos da legislação e da regulamentação em vigor, sendo identificado como Estipulante-Instituidor, quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como Estipulante-Averbador, quando não participar do custeio.

FRANQUIA: período contínuo de tempo, em horas ou dias, contado a partir do horário ou da data do sinistro, durante o qual a Seguradora estará isenta da garantia da Cobertura, ou valor fixo ou percentual até o qual parte ou todo o prejuízo de um Risco Coberto fica sob a responsabilidade do Segurado.

GRUPO SEGURADO: a parte do grupo segurável efetivamente aceita pela Seguradora e incluída na apólice coletiva.

GRUPO SEGURÁVEL: a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e seus dependentes, quando aplicável, que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.

INDENIZAÇÃO: valor devido pela Seguradora em caso de sinistro coberto por este seguro, limitado ao Capital Segurado da respectiva Cobertura contratada, vigente na data do sinistro.

IPCA/IBGE: Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

MÉDICO ASSISTENTE: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que esteja assistindo ou tenha prestado assistência continuada ao Segurado. **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

PRÊMIO: importância paga à Seguradora em contrapartida à aceitação e cobertura do risco a que o Segurado está exposto. Fazem parte do Prêmio todos os encargos que incidam sobre ele.

PRESCRIÇÃO: perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido reclamando um interesse, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.

PROPONENTE: pessoa física interessada em aderir à Apólice por eio do preenchimento da Proposta de Adesão e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora.

PROPOSTA DE ADESÃO: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente manifesta o pleno conhecimento das Condições Contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), direcionada às pessoas a ele vinculadas, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

REGULAÇÃO DE SINISTRO: procedimentos de análise da documentação e das circunstâncias do sinistro comunicado pelo Segurado ou por seu **BENEFICIÁRIO**, realizados pela Seguradora, para, no caso de caracterizado Risco Coberto, providenciar a Indenização devida.

REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO: a recomposição do Capital Segurado de uma cobertura no mesmo montante em que foi reduzida após ocorrência de sinistro coberto.

RISCOS COBERTOS: evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independentemente da vontade do Segurado, previsto na Cobertura contratada e não excluído nas Condições Contratuais ou Especiais, ocorrido durante a Vigência da Cobertura individual, cuja ocorrência obriga a Seguradora a pagar a Indenização devida, respeitadas as Condições Contratuais.

RISCOS EXCLUÍDOS: eventos, indicados em cláusula própria e nas condições especiais, cuja ocorrência não gera para a Seguradora obrigação de indenizar.

SEGURADO: pessoa física em nome de quem se faz o seguro e que possui interesse econômico exposto ao risco.

SEGURADORA: empresa legalmente autorizada a comercializar seguros e que se responsabiliza pela Cobertura, mediante o recebimento do Prêmio, conforme estabelecido na apólice.

SINISTRO: ocorrência de um risco coberto pela apólice, durante o período de vigência da cobertura individual.

SUSEP – SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS: a autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de seguros no Brasil.

URGÊNCIA (MÉDICA): situação na qual o segurado necessita de atendimento, não caracterizado como de emergência, podendo aguardar o atendimento de casos emergenciais.

VIAGEM SEGURADA: período de tempo certo e determinado, compreendido entre a data de início e término da Vigência do Certificado Individual, durante o qual o Segurado, residente no Brasil, embarca, permanece e retorna do destino no exterior ou no território nacional para o local do início da viagem.

VIGÊNCIA DA APÓLICE: intervalo contínuo de tempo durante o qual a Apólice Coletiva contratada está em vigor.

VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL: intervalo contínuo de tempo, compreendido entre a data a partir da qual a Seguradora assume os riscos cobertos pelas coberturas contratadas para cada viagem de cada Segurado aceito durante a Vigência da Apólice e o término da viagem para a qual este seguro tenha sido contratado, durante o qual o Certificado Individual está em vigor.

1 | Objetivo do Seguro

1.1 – Este seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou a seu(s) **BENEFICIÁRIO**(s), durante o período de viagem previamente determinado, o pagamento de indenização, limitada ao capital segurado contratado para cada cobertura ou a prestação de determinados serviços, sempre que se verificar a ocorrência de riscos previstos e cobertos pelas coberturas contratadas, como tal indicadas na Apólice, desde que o evento não se enquadre como "risco excluído" ou "não coberto" conforme determinado previamente nas Condições Contratuais.

2 | Âmbito Geografico

2.1 – Estão cobertos eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, exceto no Brasil e nos seguintes países e territórios: Coreia do Norte, Rússia, Síria, Crimeia, Irã, Venezuela, Afeganistão, Ucrânia, Cuba e Belarus. As indenizações ou reembolsos serão pagos em moeda nacional, conforme coberturas contratadas definidas no Certificado Individual.

3 | Elegibilidade

3.1 – Poderão contratar os serviços previstos no presente instrumento as Pessoas Jurídicas que tenham adquirido um dos planos de saúde coletivos empresariais elegíveis, conforme disposto no item 3.1.1, e que cumpram, cumulativamente, as seguintes condições:

(i) Não estejam com pagamento(s) de mensalidade(s) em atraso, obedecidas as normas pertinentes ao contrato principal;

(ii) Leiam e aceitem os termos deste Anexo.

3.1.1 – São considerados elegíveis à contratação do serviço previsto no presente instrumento os **CONTRATANTES** dos produtos denominados **Bronze SP, Bronze RJ, Bronze SP Mais, Bronze RJ Mais, Bronze DF, Bronze PR, Prata, Ouro, Platinum, Platinum Mais, Amil S380, Amil S450** e **Amil S750**.

4 | Beneficiário

4.1 – O **BENEFICIÁRIO** das coberturas/garantias deste seguro será sempre o próprio Segurado. Na hipótese de recebimento de indenização pela Seguradora por sinistro coberto, estando o Segurado impossibilitado de fornecer quitação quanto ao pagamento de indenização/prestação de serviço de assistência, a quitação pode ser dada por seu representante legal. Na eventualidade de o Segurado falecer antes do pagamento da indenização pela Seguradora, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a Cláusula Décima.

4.2 – No caso de Segurados menores de 14 anos de idade, é permitida a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado principal ou dependente.

5 | Capital Segurado

5.1 – O Capital Segurado estabelecido no Certificado Individual para cada Cobertura contratada é a importância máxima a ser paga pela Seguradora em razão de Sinistro coberto, vigente na data do evento.

5.2 – No caso das coberturas de Assistência, em que não existe capital segurado estipulado, os serviços estarão disponíveis para o Segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, com atendimentos em português, e poderão ser acessados pelo número de telefone indicado no Certificado Individual de Seguro.

5.2.1 – Na impossibilidade de contato com o telefone gratuito disponibilizado pela Seguradora e/ou a utilização de profissionais e/ou rede de serviços autorizada, o Segurado ou seu **BENEFICIÁRIO** poderá optar por prestadores de serviços de sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, ficando a Seguradora responsável pelo reembolso das despesas até o limite máximo do capital segurado contratado.

5.3 – O Capital Segurado das coberturas que prevejam o reembolso ou o pagamento de Indenização relacionado a despesas efetuadas pelo Segurado no exterior poderá ser estabelecido em moeda nacional ou estrangeira.

5.4 – Quando o Capital Segurado for estabelecido em moeda estrangeira:

a) o Prêmio correspondente será pago em moeda corrente nacional, convertido na data de contratação, com base no disposto nas regras específicas do Conselho Monetário Nacional – CMN – e do Banco Central do Brasil – Bacen –, no que couber;

b) o Certificado Individual informará o Capital Segurado definido em moeda estrangeira.

5.5 – Quando o Capital Segurado for estabelecido em moeda nacional, para efeitos de comprovação perante as autoridades dos países de destino, o Certificado Individual poderá informar, adicionalmente, o Capital Segurado convertido em moeda estrangeira.

5.6 – Não está prevista a Reintegração dos Capitais Segurados das Coberturas deste Seguro.

6 | Vigência

6.1 – O Segurado poderá utilizar o Seguro durante o prazo de vigência da apólice, mas somente estará coberto durante o período da viagem informado no Certificado Individual de Seguro. Para todos os efeitos, deverá ser respeitado o Período Máximo de Viagem, conforme indicado a seguir:

6.1.1 – **Período Máximo de Viagem:** *tanto o Seguro Viagem quanto os serviços de assistência serão disponibilizados aos Segurados durante o período de vigência contratado, desde que: (i) a viagem ocorra para um dos países descritos no Âmbito Geográfico de cobertura e (ii) que o período de viagem não ultrapasse os limites máximos de 90 (noventa) dias consecutivos para os Segurados vinculados ao Plano 1 e 180 (cento e oitenta) dias consecutivos para os Segurados vinculados aos Planos 2 e 3;*

6.1.2 – Antes de cada viagem, o Segurado deverá entrar em contato com a Central de Assistência da Empresa de Serviços, através do telefone **0800-725-2028**, e solicitar a emissão de um Certificado Individual específico para essa viagem. No Certificado Individual, constará o período de vigência do seguro, além das datas de início e término da viagem.

7 | Obrigações do Segurado

7.1 – Além das obrigações previstas ao longo destas Condições Contratuais, o Segurado obriga-se a cumprir o disposto abaixo, sob pena de suspensão, rescisão ou nulidade do contrato de seguro:

7.1.1 – Fornecer à Seguradora e facilitar o acesso desta a toda espécie de informação sobre as circunstâncias e consequências do sinistro, bem como os documentos necessários à apuração dos prejuízos e determinação da indenização;

7.1.2 – Pagar pontualmente os prêmios do seguro, fixados nos documentos de cobrança da Seguradora ou em outra forma pactuada;

7.1.3 – Em caso de sinistro, registrar a ocorrência deste perante as autoridades competentes, se for o caso;

7.1.4 – Em caso de sinistro, cumprir as instruções determinadas nas Condições Especiais de cada cobertura.

8 | Riscos Excluídos

8.1 – Estão expressamente excluídos das coberturas deste seguro quaisquer despesas, danos ou reclamações decorrentes de, relacionados a, ou para os quais tenha(m) contribuído, direta ou indiretamente:

8.1.1 – lesões decorrentes de elementos radioativos, radiações ionizantes ou contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, ou de resíduo nuclear, combustão de material nuclear, uso de material ou de armas nucleares para quaisquer fins, ficando entendido que, para fins desta exclusão, a palavra combustão abrangerá qualquer processo autossustentador de fusão nuclear;

8.1.2 – atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, rebelião, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes, inclusive greves, tumultos, motins, *lockout* e sabotagem, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio a outrem;

8.1.3 – ato terrorista, cabendo à Seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independentemente do seu propósito, e desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;

8.1.4 – atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de paz;

8.1.5 – salvamento em mar, montanhas e zonas desabitadas ou ainda em países em estados de guerra declarada ou instabilidade política notória, que acarrete risco à vida e à saúde de sua população e de estrangeiros que ingressem no país;

8.1.6 – viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxilio de outrem;

8.1.7 – fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestade ciclônica atípica, furacões, ciclones, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos ou quaisquer cataclismos decorrentes de catástrofes naturais ou calamidade pública;

8.1.8 – atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) **BENEFICIÁRIO**(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro;

8.1.9 – acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em crimes, delitos, apostas, rachas ou rixas, exceto em caso de legítima defesa, e demais atos contrários à lei, tais como ausência de utilização de equipamentos obrigatórios de segurança (cintos, capacetes, etc.), e casos em que o Segurado, na condição de condutor do veículo ou equipamento que requeira aptidão, não possua habilitação legal para tanto, de acordo com a legislação do país onde ocorreu o acidente, bem como aqueles provocados por atos, ação ou omissão do Segurado, causados por má-fé;

8.1.10 – ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;

8.1.11 – lesões e danos sofridos em consequência da prática de esportes perigosos ou de competição, bem como nos treinos para competição e apostas, tais como: caiaque, ski aquático, polo aquático natação, remo, vela, surfe, kite-surf, jet-ski, navegação em cursos de águas rápidas (balsas, boias, outros), rafting, mergulho, caça submarina, alpinismo, hipismo (recreação), polo, equitação, esgrima, ski, snowboard, todo esporte de inverno praticado fora das pistas regulamentadas ou em eventos de competição, hóquei no gelo, hóquei em patins, hóquei em campo, futebol americano, kart (recreação), patinação, patinação artística, rugby, skate e wake boarding, pesca com anzol, tiro com arco e flecha, atletismo, boliche, cricket, crôquete, curling, ciclismo, mountain bike, netbol, golfe, tênis, raquetebol, skate, handebol, squash, voleibol, futebol, bobsleigh, luge olímpica, skeleton, caça a animais perigosos, espeleologia, caminhadas ou escaladas de montanhas ou cavernas, motociclismo (quando fora das estradas normais ou em eventos de competição), boxe, qualquer tipo de artes marciais, automobilismo, asa-delta, lançamento de altura por corda elástica (bungee jumping), aviação, voo livre, paraquedismo ou similares (parapente) e todo exercício ou provas atléticas de acrobacia ou que tenham por objetivo provas de caráter excepcional, participação em viagens ou excursões a zonas inexploradas, todo atendimento originado na realização de cursos, capacitação e/ou treino para o desenvolvimento de esportes considerados de risco ou esportes extremos, salvo quando houver aceitação expressa da Seguradora de cobertura que compreenda a modalidade aqui excluída;

8.1.12 – acidentes, doenças e todo efeito produzido resultante da participação em testes de aeronaves, automóveis ou outros veículos de propulsão mecânica, viagens submarinas, uso de aeronaves incluíndo helicópteros, exceto se se tratar de passageiro em voo pago utilizando empresa com autorização para transporte de passageiros, ou um helicóptero operando apenas entre aeroportos ou heliportos comerciais e com autorização para transportar passageiros pagantes;

8.1.13 – doenças ou lesões, inclusive as congênitas, preexistentes à contratação deste seguro, não informadas na declaração pessoal de saúde da Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado na data da assinatura desta, salvo quando diretamente relacionadas a quadro clínico de Urgência ou Emergência;

8.1.14 – automutilações e lesões autoinfligidas, estando o Segurado são;

8.1.15 – suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir da data do início da vigência do seguro;

8.1.16 – perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, inclusive decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de Acidente Pessoal coberto;

8.1.17 – Dano moral;

8.1.18 – Dano estético;

8.1.19 – lucros cessantes, interrupção ou perda de renda e/ou pensão;

8.1.20 – Epidemias, Pandemias e Endemias, assim consideradas por instituições de saúde reconhecidas nacional e internacionalmente como, por exemplo, Ministério da Saúde Brasileiro e OMS – Organização Mundial da Saúde.

9 | Perda de Direitos

9.1 – O Segurado perderá o direito a qualquer indenização quando:

9.1.1 – Agravar intencionalmente o risco;

9.1.2 – Deixar de cumprir as obrigações convencionadas nestas Condições Contratuais.

9.2 – A Seguradora não pagará nenhuma indenização prevista nestas Condições Contratuais se o Segurado ou seu representante legal fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio.

9.3 – Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

9.3.1 – Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

(i) cancelar o seguro, retendo – do prêmio originalmente pactuado – a parcela proporcional ao tempo decorrido;

(ii) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

9.3.2 – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

(i) cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo – do prêmio originalmente pactuado – a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível;

(ii) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado e/ou restringindo termos e condições da cobertura contratada.

9.3.3 – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado: cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo – do valor a ser indenizado – a diferença de prêmio cabível.

9.4 – O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o Risco Coberto, sob pena de perder o direito à Indenização, se ficar comprovado – pela Seguradora – que silenciou de má-fé.

9.5 – A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo Segurado, poderá, por meio de comunicação formal:

a) cancelar o seguro;

b) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes;

c) cobrar a diferença de Prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

9.6 – O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao Segurado, devendo ser restituída a diferença do Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

9.7 – Nenhuma Indenização será devida se houver, por parte do Segurado, do **BENEFICIÁRIO** ou de seus representantes, inobservância às Condições Contratuais deste seguro e ao que esteja previsto em lei; se o Segurado deixar de cumprir as obrigações e normas estabelecidas nestas Condições Contratuais.

10 | Procedimentos em Caso de Sinistro

10.1 – Em caso de sinistro, o Segurado, seu **BENEFICIÁRIO** ou seu representante deverá contatar a central de atendimento da Seguradora através do telefone indicado no Certificado Individual, informando:

a) O nome do Segurado e o número do Certificado Individual de seguro;

b) O local e o telefone onde se encontra;

c) O tipo de informação ou ajuda necessária e as circunstâncias do sinistro, tais como data, hora, local e tipo de ocorrência.

10.2 – Havendo necessidade de atendimento médico, hospitalar, odontológico ou similar coberto, comparecer ao local indicado pela rede de serviços autorizada da Seguradora, quando disponibilizada no local do sinistro, ou, na impossibilidade de contato com a Seguradora e/ou utilização de rede autorizada, recorrer a serviços médicos legalmente habilitados disponíveis, submetendo-se ao tratamento exigido.

10.3 – Providenciar Boletim de Ocorrência Policial ou equivalente, sempre que obrigatório pela autoridade local, ou requisitar cópia quando tal documento, referente ao sinistro, tiver sido emitido.

10.4 – Verificar, através da cláusula de DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO para cada cobertura contratada, quais os documentos que devem ser providenciados no momento da ocorrência do sinistro para fins de reembolso ou Indenização, quando for o caso, e enviar todos os documentos listados para a Seguradora assim que possível.

10.5 – Regulação de Sinistros

O pagamento de Indenização com base neste seguro será efetuado após o Segurado ou o **BENEFICIÁRIO** ter provado satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas necessárias à elucidação do caso.

Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os documentos necessários serão de responsabilidade do Segurado ou do **BENEFICIÁRIO**, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, serão aceitos para Regulação de Sinistro os documentos na língua do país da ocorrência e eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

As cópias de documentos simples e autenticadas entregues à Seguradora para análise do sinistro passam a ser de propriedade dela, não sendo devida a devolução de quaisquer desses documentos a quem quer que seja, mesmo que a análise resulte em negativa da cobertura. Documentos originais recebidos para análise de cobertura, quando não forem estritamente relacionados ao seguro, poderão ser, mediante solicitação expressa, devolvidos aos **BENEFICIÁRIOS** ou a quem de direito.

No caso de divergências e dúvidas de caráter médico relacionadas à cobertura deste seguro, especialmente sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, sobre a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado ou, ainda, sobre matéria médica não prevista nas Condições Contratuais, a Seguradora proporá, por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, sendo que:

a) A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados;

b) Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora;

c) O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

10.6 – Pagamento de Indenização

A indenização somente será devida se o sinistro tiver sido caracterizado como risco coberto, conforme previsto nestas Condições Contratuais.

A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o sinistro, por si sós, não importam reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

O pagamento da indenização será efetuado em até 30 (trinta) dias corridos, contados da data de entrega de todos os documentos básicos listados na cláusula DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO das Condições Especiais da Cobertura sinistrada para o pagamento da Indenização devida, facultando-se à Seguradora, dentro desse prazo, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outras informações ou documentos complementares. Nesse caso, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

A indenização pelas despesas efetuadas no exterior será realizada em reais (R$), com base no câmbio oficial de venda na data e em moeda do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites de Capitais Segurados estabelecidos contratualmente para cada cobertura.

Em caso de atraso no pagamento da indenização, a importância devida pela Seguradora será atualizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do sinistro até a do efetivo pagamento. Na hipótese de extinção do IPCA/IBGE, será considerado para efeito desta cláusula o IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas.

Além da atualização monetária prevista nos itens anteriores, os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora e do Segurado serão acrescidos de juros moratórios quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado para esse fim. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato, serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros de mora far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela, nos termos definidos em cada cobertura.

10.7 – Recusa de Sinistro

Quando, após regulação de sinistro, a Seguradora entender não configuradas as condições de cada cobertura ou configurada alguma exclusão contratual, decidindo-se pela recusa no pagamento de indenização, ela enviará ao Segurado, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos contados da entrega da documentação solicitada, correspondência escrita, na qual estarão dispostos os motivos da recusa.

11 | Do Preço

11.1 – O preço do Anexo **SEGURO VIAGEM** será cobrado por **BENEFICIÁRIO** Titular, conforme preço na Tabela de Vendas da **AMIL** vigente na data da adesão ao produto **SEGURO VIAGEM** e descrito no Quadro Resumo/Proposta.

11.2 – Os reajustes aplicáveis, multas moratórias, assim como penalidades como suspensão ou cancelamento por falta de pagamento, são os mesmos indicados no contrato, de que o presente ANEXO é Parte.

12 | Rescisão e Cancelamento

12.1 – A apólice poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante e com anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, respeitando-se o aviso prévio de 60 (sessenta dias).

CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS DE SEGURO

| Despesas Médicas Hospitalares e/ou Odontológicas em Viagem Internacional (DMHO-VI)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço ao Segurado, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação de médico ou dentista habilitado, **ocasionado por Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante o período da viagem** ao exterior segurada e uma vez constatada a sua saída do país de domicílio.

1.2 – Observado o limite do Capital Segurado, estão também cobertos os episódios de crise ocasionados por doença preexistente ou crônica, quando gerar quadro clínico de Emergência ou Urgência, e consequentes despesas médicas, hospitalares e odontológicas relacionadas à estabilização do quadro clínico do Segurado que lhe permita continuar viagem ou retornar ao local de sua residência, **não havendo cobertura para a continuidade e o controle de tratamentos anteriores, *checkup* e extensão de receitas**.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas decorrentes de, relacionadas a, ou para as quais tenha(m) contribuído, direta ou indiretamente:

a) a continuidade e o controle de tratamentos anteriores, *checkup* e extensão de receitas, incluindo exames de rotina e consultas para obtenção de receitas médicas visando à prescrição de medicamentos de uso contínuo, como anti-hipertensivos (remédios para pressão alta), hipoglicemiantes orais (remédios para diabetes), entre outros;

b) medicamentos, exceto aqueles ministrados durante a internação hospitalar, o atendimento de Emergência ou o atendimento odontológico coberto;

c) acompanhantes, telefonemas, frigobar e quaisquer despesas com gastos extraordinários durante internação hospitalar;

d) sessões de fisioterapia, psicoterapia e/ou fonoaudiologia que não sejam de prescrição intra-hospitalar;

e) gravidez ou parto, exceto quando diretamente decorrente de Acidente Pessoal, de enfermidade súbita e aguda ou dos quadros clínicos de Emergência ou Urgência cobertos;

f) aplicação de vacinas ou quaisquer atendimentos ou exames não exigidos diretamente por Acidente Pessoal, pela enfermidade súbita e aguda ou pelos quadros clínicos de Emergência ou Urgência cobertos;

g) tratamento eletivo de qualquer natureza, ainda que tenha sido agendado/marcado durante a viagem;

h) cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras, tratamentos estéticos ou rejuvenescedores;

i) tratamentos em clínicas de repouso, bem como tratamentos homeopáticos, quiropráticos, acupuntura, massoterapia, massagens, podologia, medicina não convencional ou alternativa;

j) tratamento de doença mental, de origem psiquiátrica ou psicológica;

k) internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, consultas e tratamentos clínicos, cirúrgicos ou medicamentosos experimentais, não reconhecidos pelas sociedades médico-científicas brasileiras ou realizados por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;

l) aquisição de óculos, lentes, cadeira de rodas, muletas e similares;

m) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza, a próteses de caráter permanente e a aparelhos ortodônticos, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de Risco Coberto;

n) estados de convalescença (após a alta médica);

o) a continuidade do tratamento médico ou odontológico após o término da viagem segurada.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, seráconsiderada como data do evento a data do primeiro atendimento médico, hospitalar ou odontológico que deu origem ao sinistro coberto.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e cópia do passaporte;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Laudos e imagens dos exames realizados;

j) Receitas médicas e/ou odontológicas;

k) Guia de internação hospitalar, se houver;

l) Relatório do Médico Assistente e/ou do Dentista responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM e/ou CRO deles ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico e o tratamento realizado;

m) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas médicas, hospitalares e odontológicas cobertas.

4.2 – Não serão aceitos relatórios realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico ou dentista habilitado.

Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas em Viagem Internacional com Prática de Esportes

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço ao Segurado, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação de médico ou dentista habilitado, **ocasionado por Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante o período da viagem** ao exterior segurada e uma vez constatada a sua saída do país de domicílio.

1.2 – Observado o limite do Capital Segurado, estão também cobertos os episódios de crise ocasionados por doença preexistente ou crônica, quando gerar quadro clínico de Emergência ou Urgência, e consequentes despesas médicas, hospitalares e odontológicas relacionadas à estabilização do quadro clínico do Segurado que lhe permita continuar viagem ou retornar ao local de sua residência, **não havendo cobertura para a continuidade e o controle de tratamentos anteriores, *checkup* e extensão de receitas**.

1.3 – Não obstante o que consta na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro e observados os termos dos itens 1.1 e 1.2 acima, esta cobertura abrange as despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas decorrentes da prática de esportes na modalidade amadora, exceto bobsleigh, luge olímpica, skeleton, caça a animais perigosos, montanhismo a mais de 6.000 metros e espeleologia.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, que não tenham sido alteradas pelo item 1. RISCOS COBERTOS destas Condições Especiais, estão excluídas desta Cobertura as despesas decorrentes de, relacionadas a, ou para as quais tenha(m) contribuído, direta ou indiretamente:

a) a continuidade e o controle de tratamentos anteriores, *checkup* e extensão de receitas, incluindo exames de rotina e consultas para obtenção de receitas médicas visando à prescrição de medicamentos de uso contínuo, como anti-hipertensivos (remédios para pressão alta), hipoglicemiantes orais (remédios para diabetes), entre outros;

b) medicamentos, exceto aqueles ministrados durante a internação hospitalar, o atendimento de Emergência ou o atendimento odontológico coberto;

c) acompanhantes, telefonemas, frigobar e quaisquer despesas com gastos extraordinários durante internação hospitalar;

d) sessões de fisioterapia, psicoterapia e/ou fonoaudiologia que não sejam de prescrição intra-hospitalar;

e) gravidez ou parto, exceto quando diretamente decorrente de Acidente Pessoal, de enfermidade súbita e aguda ou dos quadros clínicos de Emergência ou Urgência cobertos;

f) aplicação de vacinas ou quaisquer atendimentos ou exames não exigidos diretamente por Acidente Pessoal, pela enfermidade súbita e aguda ou pelos quadros clínicos de Emergência ou Urgência cobertos;

g) tratamento eletivo de qualquer natureza, ainda que tenha sido agendado/marcado durante a viagem;

h) cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras, tratamentos estéticos ou rejuvenescedores;

i) tratamentos em clínicas de repouso, bem como tratamentos homeopáticos, quiropráticos, acupuntura, massoterapia, massagens, podologia, medicina não convencional ou alternativa;

j) tratamento de doença mental, de origem psiquiátrica ou psicológica;

k) internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, consultas e tratamentos clínicos, cirúrgicos ou medicamentosos experimentais, não reconhecidos pelas sociedades médico-científicas brasileiras ou realizados por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;

l) aquisição de óculos, lentes, cadeira de rodas, muletas e similares;

m) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza, a próteses de caráter permanente e a aparelhos ortodônticos, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de Risco Coberto;

n) estados de convalescença (após a alta médica);

o) a continuidade do tratamento médico ou odontológico após o término da viagem segurada.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, seráconsiderada como data do evento a data do primeiro atendimento médico, hospitalar ou odontológico que deu origem ao sinistro coberto.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e cópia do passaporte;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Laudos e imagens dos exames realizados;

j) Receitas médicas e/ou odontológicas;

k) Guia de internação hospitalar, se houver;

l) Relatório do Médico Assistente e/ou do Dentista responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM e/ou CRO deles ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico e o tratamento realizado;

m) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas médicas, hospitalares e odontológicas cobertas.

4.2 – Não serão aceitos relatórios realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico ou dentista habilitado.

| Translado Médico (TM)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço ao Segurado, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com a remoção ou transferência do Segurado até a clínica ou hospital mais próximo em condições de atendê-lo, por motivo de Acidente Pessoal ou enfermidade cobertos durante a viagem segurada.

1.2 – Observado o limite do Capital Segurado contratado, está coberta mais de uma remoção, quando requisitada por médico ou equipe médica responsável pelo atendimento.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas com: a) traslado médico que não seja decorrente de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita coberta e de necessidade comprovada ou quando o Segurado estiver apto a se deslocar em condições normais; b) traslado médico não recomendado ou não autorizado por equipe médica habilitada.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do documento médico que comprove a necessidade de traslado médico do Segurado.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10 PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, **no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas**:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e, no caso de Viagem internacional, cópia do passaporte;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, descrevendo o quadro clínico e a recomendação de remoção ou transferência;

j) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de traslado cobertas.

4.2 – Não serão aceitos relatórios realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Regresso Sanitário (RS)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço ao Segurado, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com o traslado de regresso do Segurado ao local de origem da viagem ou de seu domicílio, caso este não se encontre em condições de retornar como passageiro regular por motivo de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda cobertos.

1.2 – A necessidade de regresso sanitário do Segurado deverá ser atestada pelo Médico Assistente e o meio de transporte será aquele considerado o mais adequado a critério da equipe médica responsável.

1.3 – O regresso poderá ter como destino a residência do Segurado ou hospital na sua cidade de domicílio, conforme o retorno vise à convalescença em casa ou à continuidade do tratamento médico-hospitalar, sendo que as despesas a partir do término do traslado correrão por conta do Segurado.

1.4 – O traslado inicia no momento da remoção do Segurado no local onde se encontre internado ou hospedado e termina no destino citado no item 1.3 acima e as despesas cobertas, limitadas ao Capital Segurado, incluem custos de ambulância e infraestrutura necessária ao embarque e desembarque.

1.5 – As passagens originais de retorno da viagem deverão ser compensadas nas companhias de transporte a favor do regresso sanitário. Se houver necessidade de cancelamento das passagens iniciais, o valor reembolsado será deduzido da Indenização.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas com:

a) regresso sanitário em avião UTI que não seja decorrente de necessidade comprovada, podendo o Segurado ser tratado localmente, ou quando o Segurado estiver apto a viajar em condições normais;

b) **regresso sanitário não recomendado ou não autorizado expressamente por equipe médica habilitada.**

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do documento que comprove a necessidade de regresso sanitário do Segurado.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e, no caso de Viagem internacional, cópia do passaporte;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, descrevendo o quadro clínico e a recomendação do retorno do Segurado para o local do início da viagem ou de seu domicílio;

j) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de traslado cobertas, com demonstrativo de diferenças tarifárias das passagens de retorno ou reembolso de cancelamento delas.

4.2 – Não serão aceitos relatórios realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Translado de Corpo (TC)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com a liberação e transporte do corpo em caso de falecimento do Segurado decorrente de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita coberta durante o período da viagem, do local da ocorrência do evento coberto até o domicílio ou local do sepultamento, incluindo-se nestas despesas todos os procedimentos e objetos imprescindíveis ao traslado do corpo.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas com:

a) caixão especial, que não seja enquadrado como imprescindível ao transporte do corpo;

b) funeral, cerimônia fúnebre, serviço religioso, sepultamento, cremação ou exumação.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do falecimento do Segurado.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e, no caso de Viagem internacional, cópia do passaporte;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior atestando a causa da morte do Segurado ou cópia do Laudo de Necropsia, se houver;

j) Auto de Reconhecimento de cadáver, quando realizado;

k) Certidão de Óbito do Segurado;

l) Cópia dos documentos do **BENEFICIÁRIO**: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

m) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de traslado cobertas.

4.2 – Não serão aceitos relatórios realizados pelo cônjuge ou companheiro do Segurado, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Despesas Farmacêuticas (DF)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante o reembolso, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao Capital Segurado contratado, das despesas com a comprade medicamentos emergenciais, prescritos por Médico Assistente e administrados fora do regime de internação hospitalar, efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, ocasionado por Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante o período da Viagem Segurada e uma vez constatada a sua saída de sua cidade de domicílio.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas com:

a) medicamentos de uso contínuo, como anti-hipertensivos (remédios para pressão alta) e hipoglicemiantes orais (remédios para diabetes), ou para continuidade de tratamentos anteriores à Viagem Segurada, mesmo que não sejam de uso contínuo;

b) medicamentos não exigidos diretamente para tratamento de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda durante a Viagem Segurada, medicamentos ministrados enquanto o Segurado estiver internado em hospital ou clínica médica, e medicamentos necessários à continuidade de tratamento após o término da viagem;

c) medicamentos prescritos em razão de Risco Excluído de qualquer das Coberturas contratadas.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data da compra dos medicamentos cobertos, sempre durante o período da Viagem Segurada.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque, hospedagem;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Laudos e imagens dos exames realizados para diagnóstico da lesão ou enfermidade súbita que determinou a compra de medicamentos;

j) Receitas médicas (prescrição);

k) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado, com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico e o tratamento realizado;

l) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas com os medicamentos prescritos.

4.2 – Não serão aceitos relatórios médicos realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Visita ao Segurado Hospitalizado

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com aquisição de passagem aérea ida e volta, de mesma classe utilizada pelo Segurado, e hospedagem em hotel de mesma categoria utilizada pelo Segurado em sua viagem, para pessoa designada pelo Segurado acompanhá-lo caso seja submetido à internação hospitalar por mais de 3 (três) dias em decorrência de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante a Viagem Segurada e desde que o Segurado esteja viajando sem acompanhante.

1.2 – A hospedagem será coberta até a alta hospitalar do Segurado, estando a soma das passagens aéreas e das diárias limitada ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura.

2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas decorrentes de, relacionadas a, ou para as quais tenha(m) contribuído, direta ou indiretamente:

a) passagem aérea ou hospedagem de acompanhante quando o Segurado for submetido a internação hospitalar para: continuidade de tratamentos anteriores; *checkup*; tratamento de doença mental; tratamentos ou cirurgias estéticas, para obesidade, fertilidade, ou quaisquer outras não decorrentes de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita coberta;

b) passagem aérea ou hospedagem de acompanhante quando o Segurado for submetido a internação em asilos, casas de repouso e assemelhados, clínicas ou hospitais para tratamento de dependência química ou de álcool, ou quaisquer estabelecimentos de tratamentos alternativos ou quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

c) Gastos com alimentação, bebida, lavanderia, telefonemas, transporte local (ônibus, táxi e assemelhados), internet e outras despesas relacionadas à viagem do acompanhante.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do primeiro atendimento médico-hospitalar que deu origem ao sinistro coberto.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e hospedagem;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Laudos e imagens dos exames realizados;

j) Guia de internação hospitalar e alta médica;

k) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico e o tratamento realizado;

l) Comprovante de pagamento e cópia das passagens aéreas e recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de hospedagem do acompanhante.

4.2 – Não serão aceitos relatórios médicos realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Hospedagem em Hotel após Alta Hospitalar (HHAH)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, oreembolso das despesas de hospedagem para convalescença do Segurado após alta hospitalar, conforme prescrição do Médico Assistente, em consequência única e exclusiva de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda sofrida durante a Viagem Segurada.

1.2 – Estão cobertas as diárias para convalescença em hotel e acomodação semelhante àquela em que o Segurado estava antes da hospitalização por evento coberto, acrescidas do custo de alimentação, estando a soma das despesas limitada ao Capital Segurado contratado para esta Cobertura.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura:

a) hospedagem para convalescença quando o Segurado for submetido a internação hospitalar para: continuidade de tratamentos anteriores; checkup; tratamento de doença mental; tratamentos ou cirurgias estéticas, para obesidade, fertilidade, ou quaisquer outras não decorrentes de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita coberta;

b) hospedagem para convalescença quando o Segurado for submetido a internação em casas de repouso, asilos e assemelhados, clínicas ou hospitais para tratamento de dependência química ou de álcool, ou quaisquer estabelecimentos de tratamentos alternativos ou quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

c) **gastos com lavanderia, telefonemas, transporte, internet e outras despesas que não sejam exclusivamente as de hospedagem e alimentação do Segurado durante as diárias de convalescença cobertas.**

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do primeiro atendimento médico-hospitalar que deu origem ao sinistro coberto.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e hospedagem;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Laudos e imagens dos exames realizados;

j) Guia de internação hospitalar e alta médica;

k) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico, o tratamento realizado e o período de convalescença necessário;

l) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de hospedagem e alimentação do Segurado durante as diárias cobertas para convalescença.

4.2 – Não serão aceitos relatórios médicos realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Regresso Antecipado (RA)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço ao Segurado, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com o traslado de regresso do Segurado ao local de domicílio ou origem da viagem, desde que a interrupção da viagem seja necessária e/ou inevitável, como consequência única e exclusiva de:

a) Acidente pessoal ou enfermidade grave do Segurado que impossibilite a continuidade ou o prosseguimento de sua viagem;

b) Morte ou internação hospitalar, em decorrência de Acidente Pessoal ou enfermidade declarada de forma repentina e de maneira aguda do cônjuge, pais, irmãos, filhos ou sogros do Segurado. A enumeração é taxativa e não enumerativa;

c) Recebimento de Notificação judicial improrrogável para que o Segurado compareça perante a Justiça, desde que o recebimento da referida notificação ocorra durante a viagem.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas com equipe médica especializada e transporte sanitário.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do documento que comprove a necessidade de regresso antecipado do Segurado.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e, no caso de Viagem internacional, cópia do passaporte;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, descrevendo o quadro clínico e a recomendação do retorno do Segurado para o local do início da viagem ou de seu domicílio;

j) Atestado de óbito ou guia de internação hospitalar do cônjuge, pai, mãe, irmão, filho, sogro ou sogra do Segurado, bem como o devido comprovante de vínculo familiar;

k) Notificação Judicial que determine o comparecimento do Segurado perante a Justiça, com data de recebimento posterior à contratação da viagem e/ou serviços turísticos;

l) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de traslado cobertas, com demonstrativo de diferenças tarifárias das passagens de retorno ou reembolso de cancelamento delas.

4.2 – Não serão aceitos relatórios médicos realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Regresso Antecipado por Sinistro no Domicílio

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço ao Segurado, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com o traslado de regresso do Segurado ao local de domicílio ou origem da viagem, desde que a interrupção da viagem seja necessária e/ou inevitável em decorrência única e exclusiva de incêndio, explosão, inundação ou roubo com danos e violência no domicílio do Segurado, enquanto este se encontrar em viagem, não havendo ninguém que possa cuidar da situação, desde que seu bilhete original de retorno não permita a mudança de data.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Ratificam-se as exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do documento que comprove a necessidade de regresso antecipado do Segurado.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e, no caso de Viagem internacional, cópia do passaporte;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do Sinistro, que comprove a data e o tipo de sinistro na residência do Segurado;

g) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de traslado cobertas, com demonstrativo de diferenças tarifárias das passagens de retorno ou reembolso de cancelamento delas.

| Acompanhamento de Menor e/ou Idoso

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com as providências de acompanhamento de repatriação e remarcação ou substituição de passagens de retorno, de mesma classe e equivalente ao itinerário original, de filhos menores de 18 (dezoito) anos ou com incapacidade física ou mental, ou familiares idosos com 60 (sessenta) anos ou mais, que estejam viajando com o Segurado e que venham a ficar desacompanhados caso o Segurado sofra Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda que o impeça de cuidar dos dependentes e prosseguir viagem, ou venha a falecer.

1.2 – Se necessário, esta cobertura garante a aquisição de uma passagem aérea de ida e volta, na mesma classe da passagem dos dependentes do Segurado, para que uma pessoa capacitada indicada pelo Segurado ou por sua família possa acompanhar os dependentes na viagem de retorno ao seu domicílio.

1.3 – Como familiares idosos, para fins desta cobertura, entendem-se o cônjuge, os pais e os sogros do Segurado, que tenham 60 (sessenta) anos ou mais na data do sinistro.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, está excluída desta Cobertura a necessidade de repatriação não decorrente da morte, de Acidente Pessoal ou de enfermidade súbita e aguda do Segurado.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do primeiro atendimento médico-hospitalar que deu origem ao sinistro coberto.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e hospedagem;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Certidão de óbito do Segurado ou Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico e tratamento necessário;

j) Comprovante das despesas para a repatriação dos menores e/ou idosos dependentes, bem como o devido comprovante de vínculo familiar, e cópia das passagens aéreas de retorno e de ida e volta do acompanhante, se houver.

4.2 – Não serão aceitos relatórios médicos realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Retorno de Familiares em Caso de Falecimento do Segurado (RFFS)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com as providências de remarcação ou substituição de passagens de retorno, de mesma classe e equivalente ao itinerário original, de familiares que estejam viajando com o Segurado e que necessitem antecipar seu retorno caso o Segurado sofra Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda e venha a falecer.

1.2 – Como familiares, para fins desta cobertura, entendem-se o cônjuge, os filhos, os pais e os sogros do Segurado.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, está excluída desta Cobertura a necessidade de retorno não decorrente da morte do Segurado.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do falecimento do Segurado.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e hospedagem;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Certidão de óbito do Segurado e Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico;

j) Comprovante das despesas para o retorno do cônjuge, dos filhos, dos pais e ou dos sogros do Segurado, bem como o devido comprovante de vínculo familiar.

4.2 – Não serão aceitos relatórios médicos realizados pelo cônjuge ou companheiro do Segurado, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Ratificação

Ratificam-se as demais disposições do Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais de cada cobertura.

As Condições Contratuais deste produto protocolizadas pela sociedade na SUSEP poderão ser consultadas em www.susep.gov.br, de acordo com o Processo SUSEP nº 15414.610536/2022-67 (Viagem Coletivo). A comercialização de seguro é fiscalizada pela SUSEP. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. Seguro garantido pela Generali Brasil Seguros S/A - CNPJ: 33.072.307/0001-57 – Avenida Barão de Tefé, 34/16° andar, Saúde, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20220460, Registro SUSEP 05908.

Bronze SP, Bronze RJ, Bronze SP Mais, Bronze RJ Mais, Bronze DF, Bronze PR, Prata, Ouro, Platinum, Platinum Mais, Amil S380, Amil S450 e Amil S750

CONDIÇÕES CONTRATUAIS DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

COBERTURAS*	**Plano 1**	**Plano 2**	**Plano 3**
Adiantamento para Pagamento de Fiança	Até US$ 2.500,00	Até US$ 20.000,00	Até US$ 20.000,00
Auxílio na Localização de Bagagem	Serviço ilimitado	Serviço ilimitado	Serviço ilimitado
Adiantamento de Fundos em Caso de Extravio de Bagagem	Até US$ 100,00	Até US$ 300,00	Até US$ 300,00
Concierge (Serviços de Informação e Organização)	Serviço ilimitado	Serviço ilimitado	Serviço ilimitado
Assessoria Empresarial	Serviço ilimitado	Serviço ilimitado	Serviço ilimitado
Assessoria Cultural e Turística	Serviço ilimitado	Serviço ilimitado	Serviço ilimitado
Assessoria para Viagens	Serviço ilimitado	Serviço ilimitado	Serviço ilimitado
Envio de Documentos	Serviço ilimitado	Serviço ilimitado	Serviço ilimitado
Segunda Opinião Médica	01 Acionamento por vigência	01 Acionamento por vigência	01 Acionamento por vigência

*As coberturas estipuladas em euros (EUR) são válidas para viagens realizadas dentro do território dos Estados-membros da União Europeia e Estados Associados, signatários do Tratado de Schengen. Fora desses países, aplica-se o limite de cobertura em dólares norte-americanos (USD).

1 | Apresentação

Os Serviços de Assistência são complementares às coberturas de seguro e não se confundem com estas. Eles são prestados ao Segurado durante o período de vigência no âmbito de cobertura definido no Certificado Individual de Seguro e nas Condições Contratuais de Assistência.

2 | Assistência 24 Horas ao Segurado

Para utilizar os Serviços de Assistência, o Segurado deverá acionar a Central de Assistência da Empresa de Serviços por meio de:

- **CHAMADAS NACIONAIS: 0800-725-2028**
- **CHAMADAS DO EXTERIOR: +55 11 2871-5140**

Poderá o Segurado, ainda, realizar ligação do exterior a cobrar utilizando o serviço Brasil Direto, disponibilizado pela Embratel.

Para isso, basta verificar o código de acesso ao serviço do país em que o Segurado se encontra, escolher a Opção 3 (ligação com auxílio de operador) e informar o número de telefone impresso no voucher.

Os códigos de acesso estão disponíveis no site da Embratel – Brasil Direto – e podem ser acessados pelo:
http://portal.embratel.com.br/fazum21/brasil-direto/numeros-de-acesso

3 | Serviços de Assistência

3.1 – ADIANTAMENTO DE FUNDOS PARA PAGAMENTO DE FIANÇA

Em caso de exigência de fiança judicial para a concessão de liberdade provisória do Segurado ("Evento"), a Assistência 24 Horas providenciará o adiantamento do valor para o pagamento da fiança.

A conversão em moeda estrangeira e disponibilização do valor ao Usuário serão feitas no valor equivalente ao depósito prévio, em reais, efetuado por pessoa indicada do Usuário na conta-corrente da Assistência 24 Horas no Brasil, indicada pela Central de Assistência, respeitando-se os limites contratados. Os valores serão convertidos ao câmbio turismo de compra do dia do adiantamento.

O pagamento será realizado mediante reconhecimento de dívida, por parte do Usuário, com devolução até 30 (trinta) dias ao câmbio corrente da data da restituição, de acordo com a taxa definida pelo BACEN.

Este Serviço será prestado até o limite do plano de Assistência 24 Horas contratado.

3.2 – AUXÍLIO NA LOCALIZAÇÃO DE BAGAGEM

Em caso de extravio de bagagens ("Evento"), a Assistência 24 Horas auxiliará o Segurado intermediando o contato com a Cia. Transportadora para monitorar o processo de busca. O Segurado deverá entrar em contato com a Central de Assistência munido da notificação junto à Cia. Aérea (PIR–Property Irregularity Report) obtida antes de deixar o local de desembarque, para que a Assistência 24 horas possa proceder com o monitoramento à localização da bagagem.

Caberá ao Segurado informar à Cia. Aérea o domicílio transitório (ou definitivo) para que, no caso de a Cia. Transportadora localizar a bagagem, esta possa ser-lhe entregue. Este serviço será prestado pelo período máximo de 30 (trinta) dias corridos contados a partir da data de notificação da PIR. A Assistência 24 Horas não é responsável pela recuperação da bagagem, entrega dela ou por informações desencontradas fornecidas pelas Cias. Aéreas ou pelo Usuário.

3.3 – ADIANTAMENTO DE FUNDOS EM CASO DE EXTRAVIO, ROUBO OU FURTO DE BAGAGEM

Em caso de extravio de bagagem do Usuário, enquanto ela estiver sob responsabilidade da companhia aérea, por um período superior a 3 (três) horas, a Central de Assistência 24 Horas, com o fim específico de suprir a falta dos objetos de uso pessoal de primeira necessidade, adiantará ao Usuário recursos para as suas necessidades emergenciais, mediante reconhecimento de dívida, por parte do Usuário, com devolução até 60 (sessenta) dias ao câmbio corrente da data da restituição, de acordo com a taxa definida pelo BACEN.

O pagamento será realizado mediante reconhecimento de dívida, por parte do Segurado, com devolução até 30 (trinta) dias ao câmbio corrente da data da restituição, de acordo com a taxa definida pelo BACEN.

Este serviço será prestado até o limite do plano de Assistência 24 Horas contratado.

3.4 – *CONCIERGE*

INFORMAÇÕES DE VIAGEM

Quando solicitado pelo Segurado (“Evento”), a Central de Assistência 24 Horas prestará ao Segurado informações sobre os assuntos abaixo listados:

a) Documentações, passaportes, requisitos de vistos, vistos de entrada, vacinas;

b) Números de telefones de Embaixadas e Consulados brasileiros;

c) Informações meteorológicas;

d) Condições do trânsito e mapas;

e) Informações sobre o país e suas principais cidades.

As informações solicitadas serão encaminhadas no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis.

COMPRA E ENVIO DE INGRESSOS

Se solicitado pelo Segurado, a Assistência 24 Horas providenciará a compra de ingressos para apresentações teatrais, espetáculos musicais, concertos, museus, shows, jogos esportivos e outros eventos, além do envio destes ao Usuário, conforme informações fornecidas por este quanto ao nome do evento, dia e horário em que deseja comparecer, número de ingressos a serem comprados, categoria dos ingressos, quando houver, e demais especificidades necessárias à compra dos ingressos. A compra de ingressos está condicionada à disponibilidade deles nos estabelecimentos de venda autorizados. Se eventualmente não houver ingressos disponíveis nos postos de venda autorizados, a Assistência *Concierge* não poderá ser responsabilizada.

A solicitação deverá ocorrer no prazo máximo de 24 (vinte quatro) horas antes do início do evento, exceto se de outra forma exigido pela organização do evento. A compra de determinada quantidade de ingressos solicitada pelo Segurado está condicionada à disponibilidade e aos limites estabelecidos pelos estabelecimentos de venda autorizados.

INDICAÇÃO E RESERVA EM RESTAURANTES, BARES E CASAS NOTURNAS

Se solicitada pelo Segurado, a Assistência 24 Horas providenciará a reserva em restaurantes, bares e casas noturnas indicados pelo Segurado.

Este serviço está condicionado à disponibilidade do estabelecimento, bem como a ao prazo de antecedência exigido por este para fins de reserva. Em razão da natureza dos serviços prestados, a Assistência 24 Horas não poderá ser responsabilizada por qualquer falha dos restaurantes, bares e casas noturnas na confirmação da reserva, bem como pela qualidade dos serviços/ produtos prestados/fornecidos por eles.

A ASSISTÊNCIA NÃO SE RESPONSABILIZA POR INSTRUÇÕES E/OU SOLICITAÇÃO QUE NÃO TENHAM SIDO SOLICITADAS À CENTRAL DE ASSISTÊNCIA OU QUE TENHAM SIDO SOLICITADAS DIRETAMENTE OU INDIRETAMENTE PELO SEGURADO AO ESTABELECIMENTO FORNECEDOR, TAIS COMO ANTECIPAÇÃO, EXTENSÃO OU REALIZAÇÃO DO SERVIÇO.

QUALQUER TIPO DE DESPESA PROVENIENTE DAS SOLICITAÇÕES DO USUÁRIO: A CENTRAL DE ASSISTÊNCIA 24 HORAS NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS SERVIÇOS E PRODUTOS ADQUIRIDOS PELO USUÁRIO, BEM COMO PELAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS PELO ESTABELECIMENTO FORNECEDOR.

3.5 – ASSESSORIA EMPRESARIAL

O Segurado poderá entrar em contato com a Central de Atendimento, que organizará os seguintes serviços:

a) Localização de equipamentos: telefone celular, computadores, notebooks, impressoras e projetores, entre outros;

b) Locação de salas para a realização de eventos: convenções, palestras, conferências, exposições e workshops;

c) Indicação de profissional para trabalho em evento temporário: recepcionista, secretária, tradutor, intérprete, mestre de cerimônias, manobrista e outros necessários à realização do evento.

Todos os custos relacionados com as solicitações dos serviços da Assessoria Empresarial serão de inteira responsabilidade do Segurado.

3.6 – ASSESSORIA CULTURAL E TURÍSTICA

O **BENEFICIÁRIO** poderá entrar em contato com a Central de Atendimento para obter informações sobre atividades e dicas culturais para determinada localidade, como óperas, teatros, concertos, museus, shows, eventos esportivos, restaurantes, vinícolas e pontos turísticos, entre outras atividades.

Todos os custos relacionados com as solicitações dos serviços de Assessoria Cultural e Turística serão de inteira responsabilidade do Segurado.

3.7 – ASSESSORIA PARA VIAGENS

O **BENEFICIÁRIO** poderá entrar em contato com a Central de Assistência para obter informações sobre viagem (hotéis e passagens).

3.8 – ENVIO DE DOCUMENTOS

Em caso de extravio de qualquer documento imprescindível à execução do trabalho, a Central de Assistência enviará cópias desses documentos ao Usuário. Limite de 1,5kg e dentro das exigências de postagem.

3.9 – SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

A SOMI (Segunda Opinião Médica Internacional) é um parecer/laudo a respeito de diagnóstico, conduta ou prognóstico relativos a um caso clínico específico, emitido por especialista idôneo, pertencente à rede credenciada da Central de Assistência, emitido a pedido do médico assistente do Usuário, baseado nos dados constantes do diagnóstico, prognóstico ou tratamento respectivo.

PATOLOGIAS E SITUAÇÕES SUJEITAS À SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA:

Toda solicitação recebida pela Central de Assistência sofrerá prévia avaliação positiva dos médicos da estrutura da Central de Assistência, considerando-se as regras estipuladas neste contrato – principalmente, nos itens abaixo listados. As especialidades cujas patologias e situações estão sujeitas à SOMI estão relacionadas abaixo:

- Doenças cardiovasculares;
- Doenças neurológicas;
- Câncer;
- Cirurgia mutilante;
- Transplantes;

- Qualquer doença considerada grave pelo médico assistente do Usuário, desde que ratificado pela equipe médica da Central de Assistência.

Para a realização da SOMI, as situações deverão apresentar uma das seguintes características:

a) Impossibilidade de diagnóstico apesar de esgotados os recursos disponíveis de opiniões médicas e exames complementares;

b) Dificuldade na determinação do tratamento adequado, seja pela impossibilidade de se estabelecer um consenso entre especialistas renomados, seja pela inexistência de uma proposta terapêutica satisfatória.

Para qualquer das hipóteses acima citadas, a definição da necessidade ou não da realização da SOMI se dará unilateralmente pelos profissionais integrantes da equipe médica da Central de Assistência, sem que haja qualquer interferência do Usuário ou do médico assistente.

Todas as especialidades e patologias a que o Usuário fará jus para a realização da SOMI, conforme descrito no item acima, deverão ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, sem exceção.

A SOMIsomente poderá ser solicitada pelo profissional médico, devidamente habilitado, que estiver assistindo o Usuário (médico assistente).

A Central de Assistência, ao ser acionada, fornecerá todas as informações sobre os procedimentos necessários para a solicitação, o que inclui a remessa dos documentos relativos ao Usuário e seu caso específico, assim como documento de solicitação da SOMI devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente.

Os custos para o envio dos documentos necessários à Central de Assistência correrão por conta do Usuário, não se responsabilizando a Central de Assistência por qualquer despesa nesse sentido.

Os documentos a serem enviados para a realização da SOMI serão definidos pelo médico assistente, de acordo com patologia e dúvidas encaminhadas, podendo ser avaliados pela Central de Assistência ou por seus Prestadores Credenciados em termos de qualidade e/ou necessidade de informações adicionais para prestação do serviço.

Os referidos documentos deverão ser enviados via correio com aviso de recebimento (AR) aos cuidados de Europ Assistance Brasil, Serviço de Segunda Opinião Médica, Avenida Juruá, 320 – Barueri – São Paulo – CEP: 06455-933.

O médico assistente, junto ao seu paciente (Usuário elegível), deverá enviar, conforme procedimento apontado pela Central de Assistência, todos os dados clínicos referentes ao Usuário, tais como histórico do caso/patologia, testes e exames laboratoriais, radiografias e eletrocardiogramas, entre outros.

IMPORTANTE: TODAS AS INFORMAÇÕES SERÃO BASEADAS EM PROTOCOLOS MÉDICOS QUE DETERMINARÃO OS PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS EM CADA SITUAÇÃO.

Mediante confirmação de recebimento de todos os documentos com a qualidade exigida, a Central de Assistência procederá com a digitalização de todo o material diagnóstico e a elaboração dos quesitos que serão submetidos aos médicos especialistas que deverão elaborar a SOMI.

Todos os dados clínicos serão transmitidos através de aparelhos de telemedicina ou via courrier aos centros médicos de referência.

De posse do dossiê do Usuário, o prestador credenciado executará a avaliação clínica e diagnóstica através de seus especialistas.

Os médicos especialistas formularão a SOMI de forma escrita, que será enviada à Central de Assistência, para tradução de seu teor, e posterior encaminhamento ao médico assistente, em endereço no Brasil, e conforme informado no formulário de solicitação da SOMI.

A Central de Assistência realizará a tradução simples da SOMI a suas expensas.

As partes reconhecem que não haverá a necessidade de tradução juramentada do documento, exceto por motivo de lei que passe a exigir tal formalidade. Nesse caso, ambas as partes, em comum acordo, definirão de quem será a responsabilidade sobre essas expensas.

A prestação de serviços pela Central de Assistência será realizada das 8h às 20h, de segunda-feira a sexta-feira, exceto feriados, acionável através do telefone dedicado para solicitação do serviço pelo Usuário.

Uma vez constado pela Central de Assistência o efetivo recebimento do documento de solicitação de SOMI pelo médico assistente e demais exames necessários para prestação do serviço, esta tomará as providências que lhe competem, sendo certo que terá um prazo de 30 (trinta) dias corridos para entrega do laudo/parecer pela equipe credenciada ao médico assistente.

A prestação dos serviços estabelecidos nestas Condições Contratuais será executada desde que não haja impedimentos legais, devendo a Central de Assistência, o **CONTRATANTE** e o Usuário observar a legislação aplicável no Brasil, o que inclui todas as normas regulamentadoras da atividade médica.

IMPORTANTE: PARA GARANTIA DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS INCLUSOS EM QUALQUER PRODUTO, É IMPRESCINDÍVEL QUE SEJA REALIZADO O CONTATO COM A CENTRAL DE ASSISTÊNCIA ANTES DE QUALQUER PROVIDÊNCIA RELACIONADA AOS SERVIÇOS.

O Usuário poderá entrar em contato com a Central de Assistência para solicitar informações sobre determinados serviços, contudo o acionamento dos serviços ora contratados somente poderá se dar por parte do médico assistente através do documento de solicitação devidamente assinado e preenchido com o histórico do Paciente.

SIGILO E ÉTICA MÉDICA – SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

As partes declaram-se cientes de que a interferência de um segundo profissional na abordagem de um caso clínico envolve numerosas implicações de ordem ética. Desse modo, tanto os dados do Usuário, sujeito da prestação de serviços descrita neste instrumento, quanto a SOMI somente poderão ser acessados pelos médicos envolvidos no caso.

De acordo com o descrito no presente instrumento, a SOMI não deverá ser confundida com a prática da teleconsulta. Conforme definido, a SOMI é considerada um procedimento ético e legal, resumindo-se na emissão de um parecer/laudo dado de um médico por solicitação de outro médico (médico assistente).

A equipe de prestadores credenciada é constituída por profissionais dentro de todas as especialidades médicas descritas no item "Patologias e situações sujeitas à segunda opinião médica". Os referidos profissionais, além de incontestável competência nas suas respectivas áreas de atuação, gozam de ilibado conceito quanto à sua conduta ética, qualidades essas avaliadas continuamente pela Central de Assistência.

O médico consultor emitirá o parecer/laudo em função dos dados que lhe são apresentados, desde que suficientes para a prestação dos serviços, o que será definido pela equipe da Central de Assistência. As partes declaram-se cientes de que os prestadores credenciados para a emissão da SOMI poderão abster-se de se pronunciar e realizar o serviço ante a insuficiência dos dados fornecidos pelo médico assistente.

As partes declaram-se cientes de que a equipe de profissionais credenciada para a emissão da SOMI poderá a qualquer tempo solicitar novas informações, podendo até determinar que o Usuário realize novos exames. Na hipótese de não recebimento de tais exames no prazo solicitado pela Central de Assistência, a solicitação de SOMI será automaticamente cancelada.

PRAZO PARA SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

Após a confirmação do recebimento e adequação do formulário de solicitação da SOMI e respectivos exames pela Central de Assistência, a documentação com a SOMI traduzida será encaminhada ao médico assistente solicitante em até 30 (trinta) dias corridos.

As partes reconhecem que fatores imponderáveis podem atrasar o trânsito da informação, tais como impedimento do profissional emissor da SOMI por motivo de força maior, pane nos sistemas eletrônicos e acidentes imprevistos, entre outros. Esses fatores, ocorrências inesperadas de ordem logística, não constituem regra, mas exceções. Nessas circunstâncias, a Central de Assistência prestará todas as informações sobre o andamento do processo ao Usuário ou ao médico assistente, de acordo com a solicitação.

4 | Exclusões e Limitações de Serviços

4.1 – Os Serviços de Assistência poderão sofrer limitação de:

LIMITE DE DURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

O prazo de vigência da Assistência 24 Horas vigorará pelo prazo em que o vínculo contratual entre o Usuário e o **CONTRATANTE** vigorar, observadas as disposições complementares citadas abaixo.

Os serviços da Assistência 24 Horas serão disponibilizados ao Usuário durante o período em que estiver ausente do domicílio a mais de 100 km (cem quilômetros), desde que ele esteja dentro de um dos países descritos no Limite Territorial da Assistência e que o prazo total da ausência domiciliar não exceda 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias corridos.

Para o serviço de *Concierge*, o serviço poderá ser acionado a qualquer momento, estando o Usuário no domicilio ou não. Para os demais serviços contemplados nestes Termos e Condições, o Usuário poderá utilizar os serviços da Assistência 24Horas, desde a data de início da contratação do serviço até a data de seu término, sendo que tais datas serão indicadas pelo **CONTRATANTE** ao Usuário no momento da contratação dos serviços.

A Assistência 24 Horas se reserva o direito de cancelar automaticamente os serviços ora contratados, quando o Usuário causar ou provocar intencionalmente um fato que dê origem à necessidade de prestação de qualquer um dos serviços aqui descritos, ou quando ele omitir ou fornecer intencionalmente informações falsas. Em complemento ao disposto nos itens acima, a Assistência será considerada cancelada de pleno direito, independentemente de notificação prévia ao Usuário:

a) Na data em que cessar, independentemente do motivo, o vínculo contratual do Usuário com o **CONTRATANTE** que tiver concedido o direito à utilização dos Serviços;

b) Quando atingidos quaisquer dos limites estabelecidos nessas cláusulas;

c) Quando houver o Usuário prestado informações ou encaminhado documentos incosistentes, falhos, falsos ou inverídicos e/ou provenientes de má-fé;

d) Praticar atos ilícitos e contrários à lei.

LIMITE TERRITORIAL DA ASSISTÊNCIA

O Usuário terá direito à utilização dos Serviços somente se o Evento ocorrer em território Internacional.

Todos os serviços de Assistência 24 Horas são prestados em cidades consideradas grandes polos turísticos ou cidades com mais de 200.000 (duzentos mil) habitantes. Para as demais cidades sem infraestrutura, o Usuário será instruído pela Central de Assistência sobre como proceder, observando em qualquer caso os limites previstos para o serviço solicitado.

Os serviços não serão válidos caso venham a ser adquiridos por quem já se encontre em viagem, sendo que a Assistência 24 Horas se reserva o direito de investigar a veracidade das declarações do Usuário nesse sentido.

Caso a Assistência 24 Horas identifique que os serviços foram adquiridos por Usuário em viagem, poderá exigir do Usuário o reembolso imediato de todos os gastos relativos aos serviços e indevidamente efetuados.

Os serviços também não serão prestados aos Usuários que deixarem de ter domicilio no Brasil.

4.2 – EXCLUSÕES DA ASSISTÊNCIA 24 HORAS

Estão excluídos da Assistência 24 Horas quaisquer prejuízos, ônus, perdas, danos ou responsabilidades de qualquer natureza, direta ou indiretamente causados por ou resultantes de ou para os quais tenham contribuído:

a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;

c) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

d) Ato terrorista, que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;

e) Intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de assistência médica prestada em razão de acidente pessoal definido nestes termos e condições;

f) Choque anafilático e suas consequências;

g) Internações hospitalares para investigação diagnóstica e/ou avaliação do estado de sanidade (*checkup*);

h) Intercorrências ou complicações consequentes à realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal definido nestes termos e condições;

i) Tratamento de doenças mentais ou psiquiátricas;

j) Perda de dente;

k) Tratamentos estéticos ou rejuvenescedores de qualquer tipo;

l) Cirurgias plásticas e despesas com compra de prótese, confecção de óculos e lentes de contato (exceto as despesas com cirurgias pós-acidentais que sejam necessárias para restabelecimento do Usuário e as despesas com reparos ou substituição de próteses odontológicas danificadas em consequência de acidente pessoal definido nestes termos e condições, desde que contratado o serviço de assistência correspondente);

m) Lesões corporais e suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início do período de viagem assistido;

n) Eventos não decorrentes de acidente pessoal definido nestes termos e condições;

o) Suicídio ou sua tentativa;

p) Doenças e lesões ocasionadas pelo risco/meio de profissão do Usuário;

q) Lesões decorrentes de esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos;

r) Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência como “invalidez acidentária”;

s) Epidemias, pandemias e endemias, assim consideradas por instituições de saúde reconhecidas nacional e internacionalmente como o Ministério da Saúde brasileiro e a OMS – Organização Mundial da Saúde;

t) Dano motal, dano estético e indenizações punitivas;

u) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Usuário, por seus **BENEFICIÁRIOS**, pelo representante de um ou de outro ou, ainda, pelos sócios controladores, dirigentes, administradores **BENEFICIÁRIOS** do Estipulante ou seus respectivos representantes.

Estão também limitados os serviços de todos os itens dispostos neste contrato nos seguintes termos:

a) O Usuário somente poderá utilizar-se dos serviços de assistência com a prévia autorização da Central de Assistência, exceto na ocorrência de situações que o ponham em risco de vida;

b) Os serviços de assistência não se aplicarão às complicações que venham a ocorrer durante a viagem do Usuário, decorrentes de qualquer inobservância de prescrição médica;

c) Os serviços de assistência não poderão ser prestados quando não houver cooperação por parte do Usuário ou outro que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Assistência (dados imprescindíveis ao atendimento, como nome, endereço, CPF, descrição de sintomas e outros que se façam necessários);

d) Nas situações em que a equipe médica da Central de Assistência não consiga obter laudos médicos de forma satisfatória, caberá ao Usuário obtê-los diretamente do médico que o trata e/ou do hospital no qual se encontra internado. Vale lembrar que o poder de obtenção de laudos é direito do Usuário e a Central de Assistência não pagará por qualquer tipo de laudo e/ou tradução de línguas não universais. Caso não haja tal colaboração, o Usuário perderá o direito ao atendimento;

e) O não comparecimento à consulta médica agendada pela Central de Assistência será considerado injustificável e os custos resultantes dela correrão por conta do Usuário.

5 | Elegibilidade

São elegíveis aos serviços objeto do presente contrato os clientes vinculados aos planos de saúde comercializados pela **AMIL** indicados na Tabela de Vendas vigente na data da contratação.

O Segurado poderá utilizar o seguro durante o prazo de vigência da apólice, mas somente estará coberto durante o período da viagem, o qual deverá constar no Certificado Individual de Seguro, respeitadas as disposições relativas ao Período Máximo de Viagem, conforme disposto abaixo.

Período Máximo de Viagem: *tanto o seguro viagem quanto os serviços de assistência serão disponibilizados aos Segurados durante o período de vigência contratatado, desde que: (i) a viagem ocorra para um dos países descritos no Âmbito Geográfico e (ii) que o período de vigência contratado não ultrapasse os limites máximos de 90 (noventa) dias consecutivos para os Segurados vinculados ao Plano 1 e 180 (cento e oitenta) dias para os Segurados vinculados aos Planos 2 e 3.*

Antes de cada viagem, o segurado deverá entrar em contato com a Central de Assistência da Empresa de Serviços e solicitar a emissão de um Certificado Individual específico para esta viagem. No Certificado Individual constará o período de vigência do seguro, além das datas de início e término da viagem.

ANEXO
Seguro Viagem Internacional

Black e Amil One S2500

Serviço disponível no produto

Processo SUSEP 15414.610536/2022-67

CONDIÇÕES CONTRATUAIS DAS COBERTURAS DE SEGURO

COBERTURAS*	Plano 2	Plano 3
Despesas Médico-Hospitalares e/ou Odontológicas em Viagem Internacional (DMHO-VI)	USD 100.000,00	USD 300.000,00 USD 100.000,00 para práticas desportivas
Translado Médico (TM)	USD 10.000,00	USD 10.000,00
Regresso Sanitário (RS)	USD 60.000,00	USD 100.000,00
Translado do Corpo (TC)	USD 15.000,00	USD 15.000,00
Despesas Farmacêuticas	USD 1.000,00	USD 1.000,00
Visita ao Usuário Segurado Hospitalizado (VUSH)	USD 1.250,00	USD 1.250,00
Hospedagem em Hotel após Alta Hospitalar (HHAH)	USD 1.250,00	USD 1.250,00
Regresso Antecipado (RA)	USD 2.500,00	USD 3.500,00
Regresso Antecipado por Sinistro no Domicílio (RD)	USD 2.500,00	USD 3.500,00
Acompanhamento de Menor e/ou Idoso (AMI)	USD 2.500,00	USD 3.500,00
Retorno de Familiares em Caso de Falecimento do Segurado (RFFS)	USD 3.500,00	USD 3.500,00
Período Máximo de Viagem	180 dias	180 dias

*As coberturas estipuladas em euros (EUR) são válidas para viagens realizadas dentro do território dos Estados-membros da União Europeia e Estados Associados, signatários do Tratado de Schengen. Fora desses países, aplica-se o limite de cobertura em dólares norte-americanos (USD).

Apresentação

Neste documento, são apresentadas as Condições Contratuais do **Seguro Viagem Exterior**. Elas estabelecem quais as coberturas contratadas e seus limites, os riscos excluídos e a forma de utilização de seu seguro.

Este seguro é regido pela legislação aplicável aos contratos de seguro, pelas disposições legais específicas do seguro de pessoas, pelas presentes condições contratuais, gerais e especiais e por eventuais endossos a esse contrato.

Para os casos não previstos nestas Condições Contratuais, será aplicada a lei que regulamenta os seguros privados no Brasil.

Todos os valores referentes ao capital segurado, prêmios e outros valores serão pagos em moeda nacional de curso forçado (real brasileiro). Os valores indicados em moeda estrangeira (dólar) serão convertidos em real brasileiro na data do sinistro. As coberturas que eventualmente estiverem fixadas e estipuladas em euros (EUR) são válidas para viagens realizadas dentro do território dos Estados-membros da União Europeia e Estados Associados, signatários do Tratado de Schengen. Fora desses países, aplica-se o limite de cobertura em dólares norte-americanos (USD).

Para todos os efeitos destas Condições Contratuais, o **BENEFICIÁRIO** vinculado a um dos planos de saúde operados pela **AMIL** será denominado Segurado.

O Segurado declara conhecer e aceitar os termos destas Condições Gerais, em especial quando tratarem das cláusulas limitativas que se encontram em destaque ao longo do texto deste instrumento.

ATENÇÃO: O SEGURO VIAGEM NÃO É SEGURO SAÚDE! LEIA ATENTAMENTE AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, OBSERVANDO SEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO O LIMITE DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO PARA CADA COBERTURA.

O REGISTRO DESTE PLANO NA SUSEP NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, INCENTIVO OU RECOMENDAÇÃO À SUA COMERCIALIZAÇÃO.

O SEGURADO PODERÁ CONSULTAR A SITUAÇÃO CADASTRAL DE SEU CORRETOR DE SEGUROS, NO SITE WWW.SUSEP.GOV.BR, POR MEIO DO NÚMERO DE SEU REGISTRO NA SUSEP, NOME COMPLETO, CNPJ OU CPF.

Definições

Para todos os efeitos deste Anexo, deverão ser observados os seguintes conceitos:

ACIDENTE PESSOAL: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, do **BENEFICIÁRIO** ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

Incluem-se nesse conceito:

(i) o suicídio, ou a sua tentativa [se decorridos 2 – dois – anos de vigência], que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;

(ii) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;

(iii) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

(iv) Os acidentes decorrentes de sequestro e tentativas de sequestro;

(v) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Excluem-se desse conceito:

(i) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvados as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

(ii) As intercorrências ou complicações consequentes à realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

(iii) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos – LER, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, lesão por trauma continuado ou contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamento, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo;

(iv) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

ÂMBITO GEOGRÁFICO: local de abrangência das coberturas da apólice.

APÓLICE: documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação do risco solicitada pelo Estipulante.

ASSISTÊNCIA 24 HORAS: é o conjunto dos serviços descritos e caracterizados nestes Termos e Condições – nos limites previstos, prestados pela empresa de serviços indicada no certificado individual também denominado, neste instrumento, como "Assistência".

AVISO DE SINISTRO: comunicação da ocorrência de sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

BENEFICIÁRIO: pessoa em favor da qual é devida a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

CAPITAL SEGURADO: valor máximo de responsabilidade da Seguradora estabelecido na Apólice e no Certificado Individual para cada Cobertura contratada.

CARÊNCIA: período contínuo de tempo, contado a partir do início da vigência do seguro, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado ainda não possui direito à Cobertura contratada.

CENTRAL DE ASSISTÊNCIA: central telefônica de assistência que ficará à disposição dos Usuários quando da solicitação de serviços 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por ano.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: documento emitido pela Seguradora e destinado ao Segurado, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.

COBERTURA: compromisso assumido pela Seguradora de pagar o valor do capital segurado caso ocorra um dos eventos definidos nas condições contratuais, desde que tal evento não seja excluído dessa cobertura, de acordo com as condições da apólice.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: conjunto de disposições que regem a contratação deste seguro, incluindo as constantes das Condições Gerais e das Condições Especiais. Sempre que a interpretação o permita, em qualquer texto das Condições Contratuais, o masculino englobará o feminino, o singular o plural e vice-versa.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que podem ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto de cláusulas que rege um mesmo seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, dos **BENEFICIÁRIOS** e do Estipulante.

CORRETOR DE SEGUROS: pessoa física ou jurídica habilitada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) e autorizada a angariar e promover contratos de seguros.

DANO ESTÉTICO: qualquer dano físico/corporal causado à pessoa que, embora não acarrete sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, implique redução ou eliminação dos padrões de beleza ou de estética.

DANO MORAL: toda e qualquer ofensa ou violação que, mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda os seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo, em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico. O Dano Moral é risco excluído de todas as coberturas deste seguro.

DOENÇA AGUDA: doença de início súbito não decorrente de uma doença preexistente.

DOENÇA CRÔNICA: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado. Podem ser:

(i) **DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento;

(ii) **DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

DOENÇAS PREEXISTENTES: doença ou lesão, inclusive congênita, contraída pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro e não informada na declaração pessoal de saúde da Proposta de Adesão e que poderá ser identificada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

DOENÇA SÚBITA: alteração aguda do estado de saúde do Usuário com a evolução curta e nítida que, no momento do atendimento, acarreta sofrimento físico intenso ou risco imediato à vida, excluídos os casos de doenças crônicas ou preexistentes.

DOLO (OU ATO DOLOSO): ato praticado por vontade deliberada que produz dano, ou seja, é um ato de má-fé, fraudulento, visando a prejuízo de outrem, quer físico, quer financeiro.

DOMICÍLIO: o endereço de residência do Segurado no Brasil, por ele declarado no momento da contratação do seguro.

EMERGÊNCIA (MÉDICA): situação na qual o Segurado necessita de atendimento imediato, pois existe risco de morte.

ENFERMIDADE SÚBITA E AGUDA: alteração repentina e intensa do estado de saúde do Segurado constatada por médico, contraída e originada após a data de início de Vigência da Cobertura Individual, inclusive os quadros clínicos de Emergência ou Urgência, excetuadas crises agudas de doenças crônicas.

EVENTO COBERTO: acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas Condições Contratuais.

ESTIPULANTE: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado nos termos da legislação e da regulamentação em vigor, sendo identificado como Estipulante-Instituidor, quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como Estipulante-Averbador, quando não participar do custeio.

FRANQUIA: período contínuo de tempo, em horas ou dias, contado a partir do horário ou da data do sinistro, durante o qual a Seguradora estará isenta da garantia da Cobertura, ou valor fixo ou percentual até o qual parte ou todo o prejuízo de um Risco Coberto fica sob a responsabilidade do Segurado.

GRUPO SEGURADO: a parte do grupo segurável efetivamente aceita pela Seguradora e incluída na apólice coletiva.

GRUPO SEGURÁVEL: a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e seus dependentes, quando aplicável, que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.

INDENIZAÇÃO: valor devido pela Seguradora em caso de sinistro coberto por este seguro, limitado ao Capital Segurado da respectiva Cobertura contratada, vigente na data do sinistro.

IPCA/IBGE: Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

MÉDICO ASSISTENTE: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que esteja assistindo ou tenha prestado assistência continuada ao Segurado. **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

PRÊMIO: importância paga à Seguradora em contrapartida à aceitação e cobertura do risco a que o Segurado está exposto. Fazem parte do Prêmio todos os encargos que incidam sobre ele.

PRESCRIÇÃO: perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido reclamando um interesse, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.

PROPONENTE: pessoa física interessada em aderir à Apólice por meio do preenchimento da Proposta de Adesão e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora.

PROPOSTA DE ADESÃO: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), direcionada às pessoas a ele vinculadas, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

REGULAÇÃO DE SINISTRO: procedimentos de análise da documentação e das circunstâncias do sinistro comunicado pelo Segurado ou por seu **BENEFICIÁRIO**, realizados pela Seguradora, para, no caso de caracterizado Risco Coberto, providenciar a Indenização devida.

REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO: a recomposição do Capital Segurado de uma cobertura no mesmo montante em que foi reduzida após ocorrência de sinistro coberto.

RISCOS COBERTOS: evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independentemente da vontade do Segurado, previsto na Cobertura contratada e não excluído nas Condições Gerais ou Especiais, ocorrido durante a Vigência da Cobertura individual, cuja ocorrência obriga a Seguradora a pagar a Indenização devida, respeitadas as Condições Contratuais.

RISCOS EXCLUÍDOS: eventos, indicados em cláusula própria e nas condições especiais, cuja ocorrência não gera para a Seguradora obrigação de indenizar.

SEGURADO: pessoa física em nome de quem se faz o seguro e que possui interesse econômico exposto ao risco.

SEGURADORA: empresa legalmente autorizada a comercializar seguros e que se responsabiliza pela Cobertura, mediante o recebimento do Prêmio, conforme estabelecido na apólice.

SINISTRO: ocorrência de um risco coberto pela apólice, durante o período de vigência da cobertura individual.

SUSEP – SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS: a autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de seguros no Brasil.

URGÊNCIA (MÉDICA): situação na qual o segurado necessita de atendimento, não caracterizado como de emergência, podendo aguardar o atendimento de casos emergenciais.

VIAGEM SEGURADA: período de tempo certo e determinado, compreendido entre a data de início e término da Vigência do Certificado Individual, durante o qual o Segurado, residente no Brasil, embarca, permanece e retorna do destino no exterior ou no território nacional para o local do início da viagem.

VIGÊNCIA DA APÓLICE: intervalo contínuo de tempo durante o qual a Apólice Coletiva contratada está em vigor.

VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL: intervalo contínuo de tempo, compreendido entre a data a partir da qual a Seguradora assume os riscos cobertos pelas coberturas contratadas para cada viagem de cada Segurado aceito durante a Vigência da Apólice e o término da viagem para a qual este seguro tenha sido contratado, durante o qual o Certificado Individual está em vigor.

1 | Objetivo do Seguro

1.1 – Este seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou a seu(s) **BENEFICIÁRIO**(s), durante o período de viagem previamente determinado, o pagamento de indenização, limitada ao capital segurado contratado para cada cobertura ou a prestação de determinados serviços, sempre que se verificar a ocorrência de riscos previstos e cobertos pelas coberturas contratadas, como tal indicadas na Apólice, desde que o evento não se enquadre como "risco excluído" ou "não coberto" conforme determinado previamente nas condições contratuais.

2 | Âmbito Geográfico

2.1 – Estão cobertos eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, exceto no Brasil e nos seguintes países e territórios: Coreia do Norte, Rússia, Síria, Crimeia, Irã, Venezuela, Afeganistão, Ucrânia, Cuba e Belarus. As indenizações ou reembolsos serão pagos em moeda nacional, conforme coberturas contratadas definidas no Certificado Individual.

3 | Elegibilidade

3.1 – Terão direito aos serviços previstos no presente instrumento as Pessoas Jurídicas que tenham adquirido um dos planos de saúde coletivos empresariais elegíveis, conforme disposto no item 3.1.1, e que cumpram, cumulativamente, as seguintes condições:

(i) Não estejam com pagamento(s) de mensalidade(s) em atraso, obedecidas as normas pertinentes ao contrato principal;

(ii) Leiam e aceitem os termos deste Anexo.

3.1.1 – São considerados elegíveis ao serviço previsto no presente instrumento os **CONTRATANTES** dos produtos denominados **Black** e **Amil One S2500**.

4 | Beneficiário

4.1 – O **BENEFICIÁRIO** das coberturas/garantias deste seguro será sempre o próprio Segurado. Na hipótese de recebimento de indenização pela Seguradora por sinistro coberto, estando o Segurado impossibilitado de fornecer quitação quanto ao pagamento de indenização/prestação de serviço de assistência, a quitação pode ser dada por seu representante legal. Na eventualidade de o Segurado falecer antes do pagamento da indenização pela Seguradora, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a Cláusula Décima.

4.2 – No caso de Segurados menores de 14 anos de idade, é permitida a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado principal ou dependente.

5 | Capital Segurado

5.1 – O Capital Segurado estabelecido no Certificado Individual para cada Cobertura contratada é a importância máxima a ser paga pela Seguradora em razão de Sinistro coberto, vigente na data do evento.

5.2 – No caso das coberturas de Assistência, em que não existe capital segurado estipulado, os serviços estarão disponíveis para o Segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, com atendimentos em português, e poderão ser acessados pelo número de telefone indicado no Certificado Individual de Seguro.

5.2.1 – Na impossibilidade de contato com o telefone gratuito disponibilizado pela Seguradora e/ou a utilização de profissionais e/ou rede de serviços autorizada, o Segurado ou seu **BENEFICIÁRIO** poderá optar por prestadores de serviços de sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, ficando a Seguradora responsável pelo reembolso das despesas até o limite máximo do capital segurado contratado.

5.3 – O Capital Segurado das coberturas que prevejam o reembolso ou o pagamento de Indenização relacionado a despesas efetuadas pelo Segurado no exterior poderá ser estabelecido em moeda nacional ou estrangeira.

5.4 – Quando o Capital Segurado for estabelecido em moeda estrangeira:

a) o Prêmio correspondente será pago em moeda corrente nacional, convertido na data de contratação, com base no disposto nas regras específicas do Conselho Monetário Nacional – CMN – e do Banco Central do Brasil – Bacen –, no que couber;

b) o Certificado Individual informará o Capital Segurado definido em moeda estrangeira.

5.5 – Quando o Capital Segurado for estabelecido em moeda nacional, para efeitos de comprovação perante as autoridades dos países de destino, o Certificado Individual poderá informar, adicionalmente, o Capital Segurado convertido em moeda estrangeira.

5.6 – Não está prevista a Reintegração dos Capitais Segurados das Coberturas deste Seguro.

6 | Vigência

6.1 – O Segurado poderá utilizar o seguro durante o prazo de vigência da apólice, mas somente estará coberto durante o período da viagem informado no Certificado Individual de Seguro. Para todos os efeitos, deverá ser respeitado o Período Máximo de Viagem, conforme indicado a seguir:

6.1.1 – **Período Máximo de Viagem:** *tanto o Seguro Viagem quanto os serviços de assistência serão disponibilizados aos Segurados durante o período de vigência contratado, desde que (i) a viagem ocorra para um dos países descritos no Âmbito Geográfico de cobertura e (ii) que o período de viagem não ultrapasse o limite máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos*;

6.1.2– Antes de cada viagem, o Segurado deverá entrar em contato com a Central de Assistência da Empresa de Serviços, pelo telefone **0800-725-2204**, e solicitar a emissão de um Certificado Individual específico para a viagem. No Certificado Individual, constará o período de vigência do seguro, além das datas de início e término da viagem.

7 | Obrigações do Segurado

7.1 – Além das obrigações previstas ao longo destas Condições Gerais, o Segurado obriga-se a cumprir o disposto abaixo, sob pena de suspensão, rescisão ou nulidade do contrato de seguro:

7.1.1 – Fornecer à Seguradora e facilitar o acesso desta a toda espécie de informação sobre as circunstâncias e consequências do sinistro, bem como os documentos necessários à apuração dos prejuízos e determinação da indenização;

7.1.2 – Pagar pontualmente os prêmios do seguro, fixados nos documentos de cobrança da Seguradora ou em outra forma pactuada;

7.1.3 – Em caso de sinistro, registrar a ocorrência deste perante as autoridades competentes, se for o caso;

7.1.4 – Em caso de sinistro, cumprir as instruções determinadas nas Condições Especiais de cada cobertura.

8 | Riscos Excluídos

8.1 – Estão expressamente excluídos das coberturas deste seguro quaisquer despesas, danos ou reclamações decorrentes de, relacionados a, ou para os quais tenha(m) contribuído, direta ou indiretamente:

8.1.1 – lesões decorrentes de elementos radioativos, radiações ionizantes ou contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, ou de resíduo nuclear, combustão de material nuclear, uso de material ou de armas nucleares para quaisquer fins, ficando entendido que, para fins desta exclusão, a palavra combustão abrangerá qualquer processo autossustentador de fusão nuclear;

8.1.2 – atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, rebelião, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes, inclusive greves, tumultos, motins, *lockout* e sabotagem, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio a outrem;

8.1.3 – ato terrorista, cabendo à Seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independentemente do seu propósito, e desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;

8.1.4 – atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de paz;

8.1.5 – salvamento em mar, montanhas e zonas desabitadas ou ainda em países em estados de guerra declarada ou instabilidade política notória, que acarrete risco à vida e à saúde de sua população e de estrangeiros que ingressem no país;

8.1.6 – viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxilio de outrem;

8.1.7 – fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestade ciclônica atípica, furacões, ciclones, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos ou quaisquer cataclismos decorrentes de catástrofes naturais ou calamidade pública;

8.1.8 – atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) **BENEFICIÁRIO**(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro;

8.1.9 – acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em crimes, delitos, apostas, rachas ou rixas, exceto em caso de legítima defesa, e demais atos contrários à lei, tais como ausência de utilização de equipamentos obrigatórios de segurança (cintos, capacetes, etc.), e casos em que o Segurado, na condição de condutor do veículo ou equipamento que requeira aptidão, não possua habilitação legal para tanto, de acordo com a legislação do país onde ocorreu o acidente, bem como aqueles provocados por atos, ação ou omissão do Segurado, causados por má-fé;

8.1.10 – ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;

8.1.11 – lesões e danos sofridos em consequência da prática de esportes perigosos ou de competição, bem como nos treinos para competição e apostas, tais como: caiaque, ski aquático, polo aquático, natação, remo, vela, surfe, kite-surf, jet-ski, navegação em cursos de águas rápidas (balsas, boias, outros), rafting, mergulho, caça submarina, alpinismo, hipismo, (recreação), polo, equitação, esgrima, ski, snowboard, todo esporte de inverno praticado fora das pistas regulamentadas ou em eventos de competição, hóquei no gelo, hóquei em patins, hóquei em campo, futebol americano, kart (recreação), patinação, patinação artística, rugby, skate e wake boarding, pesca com anzol, tiro com arco e flecha, atletismo, boliche, cricket, crôquete, curling, ciclismo, mountain bike, netbol, golfe, tênis, raquetebol, skate, handebol, squash, voleibol, futebol, bobsleigh, luge olímpica, skeleton, caça a animais perigosos, espeleologia, caminhadas ou escaladas de montanhas ou cavernas, motociclismo (quando fora das estradas normais ou eventos de competição), boxe, qualquer tipo de artes marciais, automobilismo, asa-delta, lançamento de altura por corda elástica (bungee jumping), aviação, voo livre, paraquedismo ou similares (parapente) e todo exercício ou provas atléticas de acrobacia ou que tenham por objetivo provas de caráter excepcional, participação em viagens ou excursões a zonas inexploradas, todo atendimento originado na realização de cursos, capacitação e/ou treino para o desenvolvimento de esportes considerados de risco ou esportes extremos, salvo quando houver aceitação expressa da Seguradora de cobertura que compreenda a modalidade aqui excluída;

8.1.12 – acidentes, doenças e todo efeito produzido resultante da participação em testes de aeronaves, automóveis ou outros veículos de propulsão mecânica, viagens submarinas, uso de aeronaves incluindo helicópteros, exceto se se tratar de passageiro em voo pago utilizando empresa com autorização para transporte de passageiros, ou um helicóptero operando apenas entre aeroportos ou heliportos comerciais e com autorização para transportar passageiros pagantes;

8.1.13 – doenças ou lesões, inclusive as congênitas, preexistentes à contratação deste seguro, não informadas na declaração pessoal de saúde da Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado na data da assinatura desta, salvo quando diretamente relacionadas a quadro clínico de Urgência ou Emergência;

8.1.14 – automutilações e lesões autoinfligidas, estando o Segurado são;

8.1.15 – suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir da data do início da vigência do seguro;

8.1.16 – perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, inclusive decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de Acidente Pessoal coberto;

8.1.17 – Dano moral;

8.1.18 – Dano estético;

8.1.19 – lucros cessantes, interrupção ou perda de renda e/ou pensão;

8.1.20 – Epidemias, Pandemias e Endemias, assim consideradas por instituições de saúde reconhecidas nacional e internacionalmente como, por exemplo, Ministério da Saúde Brasileiro e OMS – Organização Mundial da Saúde;

9 | Perda de Direitos

9.1 – O Segurado perderá o direito a qualquer indenização quando:

9.1.1 – Agravar intencionalmente o risco;

9.1.2 – Deixar de cumprir as obrigações convencionadas nestas Condições Contratuais.

9.2 – A Seguradora não pagará nenhuma indenização prevista nestas Condições Contratuais se o Segurado ou seu representante legal fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio.

9.3 – Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

9.3.1 – Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

(i) cancelar o seguro, retendo – do prêmio originalmente pactuado – a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

(ii) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

9.3.2 – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial de indenização:

(i) cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo – do prêmio originalmente pactuado – a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou

(ii) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado e/ou restringindo termos e condições da cobertura contratada.

9.3.3 – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo – do valor a ser indenizado – a diferença de prêmio cabível.

9.4 – O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o Risco Coberto, sob pena de perder o direito à Indenização, se ficar comprovado – pela Seguradora – que silenciou de má-fé.

9.5 – A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo Segurado, poderá, por meio de comunicação formal:

a) cancelar o seguro;

b) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou

c) cobrar a diferença de Prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

9.6 – O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao Segurado, devendo ser restituída a diferença do Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

9.7 – Nenhuma Indenização será devida se houver, por parte do Segurado, do **BENEFICIÁRIO** ou de seus representantes, inobservância às Condições Contratuais deste seguro e ao que esteja previsto em lei; se o Segurado deixar de cumprir as obrigações e normas estabelecidas nestas Condições Contratuais.

10 | Procedimentos em Caso de Sinistro

10.1 – Em caso de sinistro, o Segurado, seu **BENEFICIÁRIO** ou seu representante deverá contatar a central de atendimento da Seguradora através do telefone indicado no Certificado Individual, informando:

a) O nome do Segurado e o número do Certificado Individual de seguro;

b) O local e o telefone onde se encontra;

c) O tipo de informação ou ajuda necessária e as circunstâncias do sinistro, tais como data, hora, local e tipo de ocorrência.

10.2 – Havendo necessidade de atendimento médico, hospitalar, odontológico ou similar coberto, comparecer ao local indicado pela rede de serviços autorizada da Seguradora, quando disponibilizada no local do sinistro, ou, na impossibilidade de contato com a Seguradora e/ou utilização de rede autorizada, recorrer a serviços médicos legalmente habilitados disponíveis, submetendo-se ao tratamento exigido.

10.3 – Providenciar Boletim de Ocorrência Policial ou equivalente, sempre que obrigatório pela autoridade local, ou requisitar cópia quando tal documento, referente ao sinistro, tiver sido emitido.

10.4 – Verificar, através da cláusula de DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO para cada cobertura contratada, quais os documentos que devem ser providenciados no momento da ocorrência do sinistro para fins de reembolso ou Indenização, quando for o caso, e enviar todos os documentos listados para a Seguradora assim que possível.

10.5 – Regulação de Sinistros

O pagamento de Indenização com base neste seguro será efetuado após o Segurado ou o **BENEFICIÁRIO** ter provado satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas necessárias à elucidação do caso.

Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os documentos necessários serão de responsabilidade do Segurado ou do **BENEFICIÁRIO**, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, serão aceitos para Regulação de Sinistro os documentos na língua do país da ocorrência e eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

As cópias de documentos simples e autenticadas entregues à Seguradora para análise do sinistro passam a ser de propriedade dela, não sendo devida a devolução de quaisquer desses documentos a quem quer que seja, mesmo que a análise resulte em negativa da cobertura. Documentos originais recebidos para análise de cobertura, quando não forem estritamente relacionados ao seguro, poderão ser, mediante solicitação expressa, devolvidos aos **BENEFICIÁRIOS** ou a quem de direito.

No caso de divergências e dúvidas de caráter médico relacionadas à cobertura deste seguro, especialmente sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, sobre a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado ou, ainda, sobre matéria médica não prevista nas Condições Contratuais, a Seguradora proporá, por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, sendo que:

a) A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados;

b) Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora;

c) O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

10.6 – Pagamento de Indenização

A indenização somente será devida se o sinistro tiver sido caracterizado como risco coberto, conforme previsto nestas Condições Contratuais.

A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o sinistro, por si sós, não importam reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

O pagamento da indenização será efetuado em até 30 (trinta) dias corridos, contados da data de entrega de todos os documentos básicos listados na cláusula DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO das Condições Especiais da Cobertura sinistrada para o pagamento da Indenização devida, facultando-se à Seguradora, dentro desse prazo, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outras informações ou documentos complementares. Nesse caso, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

A indenização pelas despesas efetuadas no exterior será realizada em reais (R$), com base no câmbio oficial de venda na data e em moeda do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites de Capitais Segurados estabelecidos contratualmente para cada cobertura.

Em caso de atraso no pagamento da indenização, a importância devida pela Seguradora será atualizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do sinistro até a do efetivo pagamento. Na hipótese de extinção do IPCA/IBGE, será considerado para efeito desta cláusula o IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas.

Além da atualização monetária prevista nos itens anteriores, os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora e do Segurado serão acrescidos de juros moratórios quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado para esse fim. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato, serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros de mora far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela, nos termos definidos em cada cobertura.

10.7 – Recusa de Sinistro

Quando, após regulação de sinistro, a Seguradora entender não configuradas as condições de cada cobertura ou configurada alguma exclusão contratual, decidindo-se pela recusa no pagamento de indenização, ela enviará ao Segurado, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos contados da entrega da documentação solicitada, correspondência escrita, na qual estarão dispostos os motivos da recusa.

11 | Rescisão e Cancelamento

11.1 – A apólice poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante e com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, respeitando-se o aviso prévio de 60 (sessenta dias).

CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS DE SEGURO

Despesas Médicas Hospitalares e/ou Odontológicas em Viagem Internacional (DMHO-VI)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço ao Segurado, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação de médico ou dentista habilitado, **ocasionado por Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante o período da viagem** ao exterior segurada e uma vez constatada a sua saída do país de domicílio.

1.2 – Observado o limite do Capital Segurado, estão também cobertos os episódios de crise ocasionados por doença preexistente ou crônica, quando gerar quadro clínico de Emergência ou Urgência, e consequentes despesas médicas, hospitalares e odontológicas relacionadas à estabilização do quadro clínico do Segurado que lhe permita continuar viagem ou retornar ao local de sua residência, **não havendo cobertura para a continuidade e o controle de tratamentos anteriores, *checkup* e extensão de receitas**.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas decorrentes de, relacionadas a, ou para as quais tenha(m) contribuído, direta ou indiretamente:

a) a continuidade e o controle de tratamentos anteriores, *checkup* e extensão de receitas, incluindo exames de rotina e consultas para obtenção de receitas médicas visando à prescrição de medicamentos de uso contínuo, como anti-hipertensivos (remédios para pressão alta), hipoglicemiantes orais (remédios para diabetes), entre outros;

b) medicamentos, exceto aqueles ministrados durante a internação hospitalar, o atendimento de Emergência ou o atendimento odontológico coberto;

c) acompanhantes, telefonemas, frigobar e quaisquer despesas com gastos extraordinários durante internação hospitalar;

d) sessões de fisioterapia, psicoterapia e/ou fonoaudiologia que não sejam de prescrição intra-hospitalar;

e) gravidez ou parto, exceto quando diretamente decorrente de Acidente Pessoal, de enfermidade súbita e aguda ou dos quadros clínicos de Emergência ou Urgência cobertos;

f) aplicação de vacinas ou quaisquer atendimentos ou exames não exigidos diretamente por Acidente Pessoal, pela enfermidade súbita e aguda ou pelos quadros clínicos de Emergência ou Urgência cobertos;

g) tratamento eletivo de qualquer natureza, ainda que tenha sido agendado/marcado durante a viagem;

h) cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras, tratamentos estéticos ou rejuvenescedores;

i) tratamentos em clínicas de repouso, bem como tratamentos homeopáticos, quiropráticos, acupuntura, massoterapia, massagens, podologia, medicina não convencional ou alternativa;

j) tratamento de doença mental, de origem psiquiátrica ou psicológica;

k) internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, consultas e tratamentos clínicos, cirúrgicos ou medicamentosos experimentais, não reconhecidos pelas sociedades médico-científicas brasileiras ou realizados por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;

l) aquisição de óculos, lentes, cadeira de rodas, muletas e similares;

m) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza, a próteses de caráter permanente e a aparelhos ortodônticos, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de Risco Coberto;

n) estados de convalescença (após a alta médica);

o) a continuidade do tratamento médico ou odontológico após o término da viagem segurada.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Gerais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do primeiro atendimento médico, hospitalar ou odontológico que deu origem ao sinistro coberto.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e cópia do passaporte;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Laudos e imagens dos exames realizados;

j) Receitas médicas e/ou odontológicas;

k) Guia de internação hospitalar, se houver;

l) Relatório do Médico Assistente e/ou do Dentista responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM e/ou CRO deles ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico e o tratamento realizado;

m) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas médicas, hospitalares e odontológicas cobertas.

4.2 – Não serão aceitos relatórios realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico ou dentista habilitado.

Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas em Viagem Internacional com Prática de Esportes

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço ao Segurado, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação de médico ou dentista habilitado, **ocasionado por Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante o período da viagem** ao exterior segurada e uma vez constatada a sua saída do país de domicílio.

1.2 – Observado o limite do Capital Segurado, estão também cobertos os episódios de crise ocasionados por doença preexistente ou crônica, quando gerar quadro clínico de Emergência ou Urgência, e consequentes despesas médicas, hospitalares e odontológicas relacionadas à estabilização do quadro clínico do Segurado que lhe permita continuar viagem ou retornar ao local de sua residência, **não havendo cobertura para a continuidade e o controle de tratamentos anteriores, *checkup* e extensão de receitas**.

1.3 – Não obstante o que consta na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro e observados os termos dos itens 1.1 e 1.2 acima, esta cobertura abrange as despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas decorrentes da prática de esportes na modalidade amadora, exceto bobsleigh, luge olímpica, skeleton, caça a animais perigosos, montanhismo a mais de 6.000 metros e espeleologia..

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, que não tenham sido alteradas pelo item 1. RISCOS COBERTOS destas Condições Especiais, estão excluídas desta Cobertura as despesas decorrentes de, relacionadas a, ou para as quais tenha(m) contribuído, direta ou indiretamente:

a) a continuidade e o controle de tratamentos anteriores, *checkup* e extensão de receitas, incluindo exames de rotina e consultas para obtenção de receitas médicas visando à prescrição de medicamentos de uso contínuo, como anti-hipertensivos (remédios para pressão alta), hipoglicemiantes orais (remédios para diabetes), entre outros;

b) medicamentos, exceto aqueles ministrados durante a internação hospitalar, o atendimento de Emergência ou o atendimento odontológico coberto;

c) acompanhantes, telefonemas, frigobar e quaisquer despesas com gastos extraordinários durante internação hospitalar;

d) sessões de fisioterapia, psicoterapia e/ou fonoaudiologia que não sejam de prescrição intra-hospitalar;

e) gravidez ou parto, exceto quando diretamente decorrente de Acidente Pessoal, de enfermidade súbita e aguda ou dos quadros clínicos de Emergência ou Urgência cobertos;

f) aplicação de vacinas ou quaisquer atendimentos ou exames não exigidos diretamente por Acidente Pessoal, pela enfermidade súbita e aguda ou pelos quadros clínicos de Emergência ou Urgência cobertos;

g) tratamento eletivo de qualquer natureza, ainda que tenha sido agendado/marcado durante a viagem;

h) cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras, tratamentos estéticos ou rejuvenescedores;

i) tratamentos em clínicas de repouso, bem como tratamentos homeopáticos, quiropráticos, acupuntura, massoterapia, massagens, podologia, medicina não convencional ou alternativa;

j) tratamento de doença mental, de origem psiquiátrica ou psicológica;

k) internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, consultas e tratamentos clínicos, cirúrgicos ou medicamentosos experimentais, não reconhecidos pelas sociedades médico-científicas brasileiras ou realizados por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;

l) aquisição de óculos, lentes, cadeira de rodas, muletas e similares;

m) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza, a próteses de caráter permanente e a aparelhos ortodônticos, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de Risco Coberto;

n) estados de convalescença (após a alta médica);

o) a continuidade do tratamento médico ou odontológico após o término da viagem segurada.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Gerais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do primeiro atendimento médico, hospitalar ou odontológico que deu origem ao sinistro coberto.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e cópia do passaporte;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Laudos e imagens dos exames realizados;

j) Receitas médicas e/ou odontológicas;

k) Guia de internação hospitalar, se houver;

l) Relatório do Médico Assistente e/ou do Dentista responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM e/ou CRO deles ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico e o tratamento realizado;

m) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas médicas, hospitalares e odontológicas cobertas.

4.2 – Não serão aceitos relatórios realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico ou dentista habilitado.

Translado Médico (TM)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço ao Segurado, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com a remoção ou transferência do Segurado até a clínica ou hospital mais próximo em condições de atendê-lo, por motivo de Acidente Pessoal ou enfermidade cobertos durante a viagem segurada.

1.2 – Observado o limite do Capital Segurado contratado, está coberta mais de uma remoção, quando requisitada por médico ou equipe médica responsável pelo atendimento.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas com: a) traslado médico que não seja decorrente de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita coberta e de necessidade comprovada ou quando o Segurado estiver apto a se deslocar em condições normais; b) traslado médico não recomendado ou não autorizado por equipe médica habilitada.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do documento médico que comprove a necessidade de traslado médico do Segurado.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10 PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e, no caso de Viagem internacional, cópia do passaporte;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, descrevendo o quadro clínico e a recomendação de remoção ou transferência;

j) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de traslado cobertas.

4.2 – Não serão aceitos relatórios realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Regresso Sanitário (RS)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço ao Segurado, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com o traslado de regresso do Segurado ao local de origem da viagem ou de seu domicílio, caso este não se encontre em condições de retornar como passageiro regular por motivo de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda cobertos.

1.2 – A necessidade de regresso sanitário do Segurado deverá ser atestada pelo Médico Assistente e o meio de transporte será aquele considerado o mais adequado a critério da equipe médica responsável.

1.3 – O regresso poderá ter como destino a residência do Segurado ou hospital na sua cidade de domicílio, conforme o retorno vise à convalescença em casa ou à continuidade do tratamento médico-hospitalar, sendo que as despesas a partir do término do traslado correrão por conta do Segurado.

1.4 – O traslado inicia no momento da remoção do Segurado no local onde se encontre internado ou hospedado e termina no destino citado no item 1.3 acima e as despesas cobertas, limitadas ao Capital Segurado, incluem custos de ambulância e infraestrutura necessária ao embarque e desembarque.

1.5 – As passagens originais de retorno da viagem deverão ser compensadas nas companhias de transporte a favor do regresso sanitário. Se houver necessidade de cancelamento das passagens iniciais, o valor reembolsado será deduzido da Indenização.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas com:

a) regresso sanitário em avião UTI que não seja decorrente de necessidade comprovada, podendo o Segurado ser tratado localmente, ou quando o Segurado estiver apto a viajar em condições normais;

b) regresso sanitário não recomendado ou não autorizado expressamente por equipe médica habilitada.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do documento que comprove a necessidade de regresso sanitário do Segurado.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o BENEFICIÁRIO deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e, no caso de Viagem internacional, cópia do passaporte;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, descrevendo o quadro clínico e a recomendação do retorno do Segurado para o local do início da viagem ou de seu domicílio;

j) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de traslado cobertas, com demonstrativo de diferenças tarifárias das passagens de retorno ou reembolso de cancelamento delas.

4.2 – Não serão aceitos relatórios realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Translado de Corpo (TC)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com a liberação e transporte do corpo em caso de falecimento do Segurado decorrente de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita coberta durante o período da viagem, do local da ocorrência do evento coberto até o domicílio ou local do sepultamento, incluindo-se nestas despesas todos os procedimentos e objetos imprescindíveis ao traslado do corpo.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas com:

a) caixão especial, que não seja enquadrado como imprescindível ao transporte do corpo;

b) funeral, cerimônia fúnebre, serviço religioso, sepultamento, cremação ou exumação.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Gerais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do falecimento do Segurado.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e, no caso de Viagem internacional, cópia do passaporte;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior atestando a causa da morte do Segurado ou cópia do Laudo de Necropsia, se houver;

j) Auto de Reconhecimento de cadáver, quando realizado;

k) Certidão de Óbito do Segurado;

l) Cópia dos documentos do BENEFICIÁRIO: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

m) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de traslado cobertas.

4.2 – Não serão aceitos relatórios realizados pelo cônjuge ou companheiro do Segurado, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Despesas Farmacêuticas (DF)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante o reembolso, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao Capital Segurado contratado, das despesas com a compra de medicamentos emergenciais, prescritos por Médico Assistente e administrados fora do regime de internação hospitalar, efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, ocasionado por Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante o período da Viagem Segurada e uma vez constatada a sua saída de sua cidade de domicílio.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas com:

a) medicamentos de uso contínuo, como anti-hipertensivos (remédios para pressão alta) e hipoglicemiantes orais (remédios para diabetes), ou para continuidade de tratamentos anteriores à Viagem Segurada, mesmo que não sejam de uso contínuo;

b) medicamentos não exigidos diretamente para tratamento de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda durante a Viagem Segurada, medicamentos ministrados enquanto o Segurado estiver internado em hospital ou clínica médica, e medicamentos necessários à continuidade de tratamento após o término da viagem;

c) medicamentos prescritos em razão de Risco Excluído de qualquer das Coberturas contratadas.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data da compra dos medicamentos cobertos, sempre durante o período da Viagem Segurada.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque, hospedagem;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Laudos e imagens dos exames realizados para diagnóstico da lesão ou enfermidade súbita que determinou a compra de medicamentos;

j) Receitas médicas (prescrição);

k) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado, com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico e o tratamento realizado;

l) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas com os medicamentos prescritos.

4.2 – Não serão aceitos relatórios médicos realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Visita ao Segurado Hospitalizado

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com aquisição de passagem aérea ida e volta, de mesma classe utilizada pelo Segurado, e hospedagem em hotel de mesma categoria utilizada pelo Segurado em sua viagem, para pessoa designada pelo Segurado acompanhá-lo caso seja submetido à internação hospitalar por mais de 3(três) dias em decorrência de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante a Viagem Segurada e desde que o Segurado esteja viajando sem acompanhante.

1.2 – A hospedagem será coberta até a alta hospitalar do Segurado, estando a soma das passagens aéreas e das diárias limitada ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas decorrentes de, relacionadas a, ou para as quais tenha(m) contribuído, direta ou indiretamente:

a) passagem aérea ou hospedagem de acompanhante quando o Segurado for submetido a internação hospitalar para: continuidade de tratamentos anteriores; checkup; tratamento de doença mental; tratamentos ou cirurgias estéticas, para obesidade, fertilidade, ou quaisquer outras não decorrentes de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita coberta;

b) passagem aérea ou hospedagem de acompanhante quando o Segurado for submetido a internação em asilos, casas de repouso e assemelhados, clínicas ou hospitais para tratamento de dependência química ou de álcool, ou quaisquer estabelecimentos de tratamentos alternativos ou quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

c) Gastos com alimentação, bebida, lavanderia, telefonemas, transporte local (ônibus, táxi e assemelhados), internet e outras despesas relacionadas à viagem do acompanhante.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do primeiro atendimento médico-hospitalar que deu origem ao sinistro coberto.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e hospedagem;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Laudos e imagens dos exames realizados;

j) Guia de internação hospitalar e alta médica;

k) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico e o tratamento realizado;

l) Comprovante de pagamento e cópia das passagens aéreas e recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de hospedagem do acompanhante.

4.2 – Não serão aceitos relatórios médicos realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Hospedagem em Hotel após Alta Hospitalar (HHAH)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas de hospedagem para convalescença do Segurado após alta hospitalar, conforme prescrição do Médico Assistente, em consequência única e exclusiva de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda sofrida durante a Viagem Segurada.

1.2 – Estão cobertas as diárias para convalescença em hotel e acomodação semelhante àquela em que o Segurado estava antes da hospitalização por evento coberto, acrescidas do custo de alimentação, estando a soma das despesas limitada ao Capital Segurado contratado para esta Cobertura.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura:

a) hospedagem para convalescença quando o Segurado for submetido a internação hospitalar para: continuidade de tratamentos anteriores; checkup; tratamento de doença mental; tratamentos ou cirurgias estéticas, para obesidade, fertilidade, ou quaisquer outras não decorrentes de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita coberta;

b) hospedagem para convalescença quando o Segurado for submetido a internação em casas de repouso, asilos e assemelhados, clínicas ou hospitais para tratamento de dependência química ou de álcool, ou quaisquer estabelecimentos de tratamentos alternativos ou quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

c) gastos com lavanderia, telefonemas, transporte, internet e outras despesas que não sejam exclusivamente as de hospedagem e alimentação do Segurado durante as diárias de convalescença cobertas.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Gerais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do primeiro atendimento médico-hospitalar que deu origem ao sinistro coberto.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e hospedagem;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Laudos e imagens dos exames realizados;

j) Guia de internação hospitalar e alta médica;

k) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico, o tratamento realizado e o período de convalescença necessário;

l) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de hospedagem e alimentação do Segurado durante as diárias cobertas para convalescença.

4.2 – Não serão aceitos relatórios médicos realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Regresso Antecipado (RA)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço ao Segurado, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com o traslado de regresso do Segurado ao local de domicílio ou origem da viagem, desde que a interrupção da viagem seja necessária e/ou inevitável, como consequência única e exclusiva de:

a) Acidente pessoal ou enfermidade grave do Segurado que impossibilite a continuidade ou o prosseguimento de sua viagem;

b) Morte ou internação hospitalar, em decorrência de Acidente Pessoal ou enfermidade declarada de forma repentina e de maneira aguda do cônjuge, pais, irmãos, filhos ou sogros do Segurado. A enumeração é taxativa e não enumerativa;

c) Recebimento de Notificação judicial improrrogável para que o Segurado compareça perante a Justiça, desde que o recebimento da referida notificação ocorra durante a viagem.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas com equipe médica especializada e transporte sanitário.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do documento que comprove a necessidade de regresso antecipado do Segurado.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e, no caso de Viagem internacional, cópia do passaporte;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, descrevendo o quadro clínico e a recomendação do retorno do Segurado para o local do início da viagem ou de seu domicílio;

j) Atestado de óbito ou guia de internação hospitalar do cônjuge, pai, mãe, irmão, filho, sogro ou sogra do Segurado, bem como o devido comprovante de vínculo familiar;

k) Notificação Judicial que determine o comparecimento do Segurado perante a Justiça, com data de recebimento posterior à contratação da viagem e/ou serviços turísticos;

l) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de traslado cobertas, com demonstrativo de diferenças tarifárias das passagens de retorno ou reembolso de cancelamento delas.

4.2 – Não serão aceitos relatórios médicos realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Regresso Antecipado por Sinistro no Domicílio

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço ao Segurado, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com o traslado de regresso do Segurado ao local de domicílio ou origem da viagem, desde que a interrupção da viagem seja necessária e/ou inevitável em decorrência única e exclusiva de incêndio, explosão, inundação ou roubo com danos e violência no domicílio do Segurado, enquanto este se encontrar em viagem, não havendo ninguém que possa cuidar da situação, desde que seu bilhete original de retorno não permita a mudança de data.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Ratificam-se as exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do documento que comprove a necessidade de regresso antecipado do Segurado.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, **no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas**:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e, no caso de Viagem internacional, cópia do passaporte;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do Sinistro, que comprove a data e o tipo de sinistro na residência do Segurado;

g) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de traslado cobertas, com demonstrativo de diferenças tarifárias das passagens de retorno ou reembolso de cancelamento delas.

Acompanhamento de Menor e/ou Idoso

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contradada, garante a prestação de serviço na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com as providências de acompanhamento de repatriação e remarcação ou substituição de passagens de retorno, de mesma classe e equivalente ao itinerário original, de filhos menores de 18 (dezoito) anos ou com incapacidade física ou mental, ou familiares idosos com 60 (sessenta) anos ou mais, que estejam viajando com o Segurado e que venham a ficar desacompanhados caso o Segurado sofra Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda que o impeça de cuidar dos dependentes e prosseguir viagem, ou venha a falecer.

1.2 – Se necessário, esta cobertura garante a aquisição de uma passagem aérea de ida e volta, na mesma classe da passagem dos dependentes do Segurado, para que uma pessoa capacitada indicada pelo Segurado ou por sua família possa acompanhar os dependentes na viagem de retorno ao seu domicílio.

1.3 – Como familiares idosos, para fins desta cobertura, entendem-se o cônjuge, os pais e os sogros do Segurado, que tenham 60 (sessenta) anos ou mais na data do sinistro.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, está excluída desta Cobertura a necessidade de repatriação não decorrente da morte, de Acidente Pessoal ou de enfermidade súbita e aguda do Segurado.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do primeiro atendimento médico-hospitalar que deu origem ao sinistro coberto.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e hospedagem;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Certidão de óbito do Segurado ou Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico e tratamento necessário;

j) Comprovante das despesas para a repatriação dos menores e/ou idosos dependentes, bem como o devido comprovante de vínculo familiar, e cópia das passagens aéreas de retorno e de ida e volta do acompanhante, se houver.

4.2 – Não serão aceitos relatórios médicos realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Retorno de Familiares em Caso de Falecimento do Segurado (RFFS)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com as providências de remarcação ou substituição de passagens de retorno, de mesma classe e equivalente ao itinerário original, de familiares que estejam viajando com o Segurado e que necessitem antecipar seu retorno caso o Segurado sofra Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda e venha a falecer.

1.2 – Como familiares, para fins desta cobertura, entendem-se o cônjuge, os filhos, os pais e os sogros do Segurado.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, está excluída desta Cobertura a necessidade de retorno não decorrente da morte do Segurado.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do falecimento do Segurado.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;

c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;

d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);

e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e hospedagem;

f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

i) Certidão de óbito do Segurado e Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico;

j) Comprovante das despesas para o retorno do cônjuge, dos filhos, dos pais e ou dos sogros do Segurado, bem como o devido comprovante de vínculo familiar.

4.2 – Não serão aceitos relatórios médicos realizados pelo cônjuge ou companheiro do Segurado, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Ratificação

Ratificam-se as demais disposições do Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais de cada cobertura.

As condições contratuais deste produto protocolizadas pela sociedade na SUSEP poderão ser consultadas em www.susep.gov.br, de acordo com o Processo SUSEP nº 15414.610536/2022-67 (Viagem Coletivo). A comercialização de seguro é fiscalizada pela SUSEP. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. Seguro garantido pela Generali Brasil Seguros S/A – CNPJ: 33.072.307/0001-57 – Avenida Barão de Tefé, 34/16º andar, Saúde, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20220460, Registro SUSEP 05908.

Black e Amil One S2500

CONDIÇÕES GERAIS DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

COBERTURAS*	Plano 2	Plano 3
Adiantamento para Pagamento de Fiança	Até US$ 20.000,00	Até US$ 20.000,00
Auxílio na Localização de Bagagem	Serviço ilimitado	Serviço ilimitado
Adiantamento de Fundos em Caso de Extravio de Bagagem	Até US$ 300,00	Até US$ 300,00
Concierge (Serviços de Informação e Organização)	Serviço ilimitado	Serviço ilimitado
Assessoria Empresarial	Serviço ilimitado	Serviço ilimitado
Assessoria Cultural e Turística	Serviço ilimitado	Serviço ilimitado
Assessoria para Viagens	Serviço ilimitado	Serviço ilimitado
Envio de Documentos	Serviço ilimitado	Serviço ilimitado
Segunda Opinião Médica	01 Acionamento por vigência	01 Acionamento por vigência

*As coberturas estipuladas em euros (EUR) são válidas para viagens realizadas dentro do território dos Estados-membros da União Europeia e Estados Associados, signatários do Tratado de Schengen. Fora desses países, aplica-se o limite de cobertura em dólares norte-americanos (USD).

1 | Apresentação

Os Serviços de Assistência são complementares às coberturas de seguro e não se confundem com estas. Eles são prestados ao Segurado durante o período de vigência no âmbito de cobertura definido no Certificado Individual de Seguro e nas Condições Gerais de Assistência.

2 | Assistência 24 Horas ao Segurado

Para utilizar os serviços de assistência, o Segurado deverá acionar a Central de Atendimento da Empresa de Serviços, por meio dos seguintes canais:

- **CHAMADAS NACIONAIS: 0800-725-2204**
- **CHAMADAS DO EXTERIOR: +55 11 2871-5141**

Poderá o Segurado, ainda, realizar ligação do exterior a cobrar utilizando o serviço Brasil Direto, disponibilizado pela Embratel.

Para isso, basta verificar o código de acesso ao serviço do país em que o Segurado se encontra, escolher a Opção 3 (ligação com auxílio de operador) e informar o número de telefone impresso no voucher.

Os códigos de acesso estão disponíveis no site da Embratel – Brasil Direto – e podem ser acessados pelo:
http://portal.embratel.com.br/fazum21/brasil-direto/numeros-de-acesso

3 | Serviços de Assistência

3.1 – ADIANTAMENTO DE FUNDOS PARA PAGAMENTO DE FIANÇA

Em caso de exigência de fiança judicial para a concessão de liberdade provisória do Segurado ("Evento"), a Assistência 24 Horas providenciará o adiantamento do valor para o pagamento da fiança.

A conversão em moeda estrangeira e disponibilização do valor ao Usuário serão feitas no valor equivalente ao depósito prévio, em reais, efetuado por pessoa indicada do Usuário na conta-corrente da Assistência 24 Horas no Brasil, indicada pela Central de Assistência, respeitando-se os limites contratados. Os valores serão convertidos ao câmbio turismo de compra do dia do adiantamento.

O pagamento será realizado mediante reconhecimento de dívida, por parte do Usuário, com devolução até 30 (trinta) dias ao câmbio corrente da data da restituição, de acordo com a taxa definida pelo BACEN.

Este Serviço será prestado até o limite do plano de Assistência 24 Horas contratado.

3.2 – AUXÍLIO NA LOCALIZAÇÃO DE BAGAGEM

Em caso de extravio de bagagens ("Evento"), a Assistência 24 Horas auxiliará o Segurado intermediando o contato com a Cia. Transportadora para monitorar o processo de busca. O Segurado deverá entrar em contato com a Central de Assistência munido da notificação junto à Cia. Aérea (PIR–Property Irregularity Report) obtida antes de deixar o local de desembarque, para que a Assistência 24 Horas possa proceder com o monitoramento à localização da bagagem.

Caberá ao Segurado informar à Cia. Aérea o domicílio transitório (ou definitivo) para que, no caso de a Cia. Transportadora localizar a bagagem, esta possa ser-lhe entregue. Este serviço será prestado pelo período máximo de 30 (trinta) dias corridos contados a partir da data de notificação da PIR. A Assistência 24 Horas não é responsável pela recuperação da bagagem, entrega dela ou por informações desencontradas fornecidas pelas Cias. Aéreas ou pelo Usuário.

3.3 – ADIANTAMENTO DE FUNDOS EM CASO DE EXTRAVIO, ROUBO OU FURTO DE BAGAGEM

Em caso de extravio de bagagem do Usuário, enquanto ela estiver sob responsabilidade da companhia aérea, por um período superior a 3 (três) horas, a Central de Assistência 24 Horas, com o fim específico de suprir a falta dos objetos de uso pessoal de primeira necessidade, adiantará ao Usuário recursos para as suas necessidades emergenciais, mediante reconhecimento de dívida, por parte do Usuário, com devolução até 30 (trinta) dias ao câmbio corrente da data da restituição, de acordo com a taxa definida pelo BACEN.

O pagamento será realizado mediante reconhecimento de dívida, por parte do Segurado, com devolução até 30 (trinta) dias ao câmbio corrente da data da restituição, de acordo com a taxa definida pelo BACEN.

Este serviço será prestado até o limite do plano de Assistência 24 Horas contratado.

3.4 – CONCIERGE

INFORMAÇÕES DE VIAGEM

Quando solicitado pelo Segurado ("Evento"), a Central de Assistência 24 Horas prestará ao Segurado informações sobre os assuntos abaixo listados:

a) Documentações, passaportes, requisitos de vistos, vistos de entrada, vacinas;

b) Números de telefones de Embaixadas e Consulados brasileiros;

c) Informações meteorológicas;

d) Condições do trânsito e mapas;

e) Informações sobre o país e suas principais cidades.

As informações solicitadas serão encaminhadas no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis.

COMPRA E ENVIO DE INGRESSOS

Se solicitado pelo Segurado, a Assistência 24 Horas providenciará a compra de ingressos para apresentações teatrais, espetáculos musicais, concertos, museus, shows, jogos esportivos e outros eventos, além do envio destes ao Usuário, conforme informações fornecidas por este quanto ao nome do evento, dia e horário em que deseja comparecer, número de ingressos a serem comprados, categoria dos ingressos, quando houver, e demais especificidades necessárias à compra dos ingressos. A compra de ingressos está condicionada à disponibilidade deles nos estabelecimentos de venda autorizados. Se eventualmente não houver ingressos disponíveis nos postos de venda autorizados, a Assistência Concierge não poderá ser responsabilizada.

A solicitação deverá ocorrer no prazo máximo de 24 (vinte quatro) horas antes do início do evento, exceto se de outra forma exigido pela organização do evento. A compra de determinada quantidade de ingressos solicitada pelo Segurado está condicionada à disponibilidade e aos limites estabelecidos pelos estabelecimentos de venda autorizados.

INDICAÇÃO E RESERVA EM RESTAURANTES, BARES E CASAS NOTURNAS

Se solicitada pelo Segurado, a Assistência 24 Horas providenciará a reserva em restaurantes, bares e casas noturnas indicados pelo Segurado.

Este serviço está condicionado à disponibilidade do estabelecimento, bem como ao prazo de antecedência exigido por este para fins de reserva. Em razão da natureza dos serviços prestados, a Assistência 24 Horas não poderá ser responsabilizada por qualquer falha dos restaurantes, bares e casas noturnas na confirmação da reserva, bem como pela qualidade dos serviços/ produtos prestados/fornecidos por eles.

A ASSISTÊNCIA NÃO SE RESPONSABILIZA POR INSTRUÇÕES E/OU SOLICITAÇÃO QUE NÃO TENHAM SIDO SOLICITADAS À CENTRAL DE ASSISTÊNCIA OU QUE TENHAM SIDO SOLICITADAS DIRETAMENTE OU INDIRETAMENTE PELO SEGURADO AO ESTABELECIMENTO FORNECEDOR, TAIS COMO ANTECIPAÇÃO, EXTENSÃO OU REALIZAÇÃO DO SERVIÇO.

QUALQUER TIPO DE DESPESA PROVENIENTE DAS SOLICITAÇÕES DO USUÁRIO: A CENTRAL DE ASSISTÊNCIA 24 HORAS NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS SERVIÇOS E PRODUTOS ADQUIRIDOS PELO USUÁRIO, BEM COMO PELAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS PELO ESTABELECIMENTO FORNECEDOR.

3.5 – ASSESSORIA EMPRESARIAL

O Segurado poderá entrar em contato com a Central de Atendimento, que organizará os seguintes serviços:

a) Localização de equipamentos: telefone celular, computadores, notebooks, impressoras e projetores, entre outros;

b) Locação de salas para a realização de eventos: convenções, palestras, conferências, exposições e workshops;

c) Indicação de profissional para trabalho em evento temporário: recepcionista, secretária, tradutor, intérprete, mestre de cerimônias, manobrista e outros necessários à realização do evento.

Todos os custos relacionados com as solicitações dos serviços da Assessoria Empresarial serão de inteira responsabilidade do Segurado.

3.6 – ASSESSORIA CULTURAL E TURÍSTICA

O **BENEFICIÁRIO** poderá entrar em contato com a Central de Atendimento para obter informações sobre atividades e dicas culturais para determinada localidade, como óperas, teatros, concertos, museus, shows, eventos esportivos, restaurantes, vinícolas e pontos turísticos, entre outras atividades.

Todos os custos relacionados com as solicitações dos serviços de Assessoria Cultural e Turística serão de inteira responsabilidade do Segurado.

3.7 – ASSESSORIA PARA VIAGENS

O **BENEFICIÁRIO** poderá entrar em contato com a Central de Assistência para obter informações sobre viagem (hotéis e passagens).

3.8 – ENVIO DE DOCUMENTOS

Em caso de extravio de qualquer documento imprescindível à execução do trabalho, a Central de Assistência enviará cópias desses documentos ao Usuário. Limite de 1,5kg e dentro das exigências de postagem.

3.9 – SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

A SOMI (Segunda Opinião Médica Internacional) é um parecer/laudo a respeito de diagnóstico, conduta ou prognóstico relativos a um caso clínico específico, emitido por especialista idôneo, pertencente à rede credenciada da Central de Assistência, emitido ma pedido do médico assistente do Usuário, baseado nos dados constantes do diagnóstico, prognóstico ou tratamento respectivo.

PATOLOGIAS E SITUAÇÕES SUJEITAS À SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA:

Toda solicitação recebida pela Central de Assistência sofrerá prévia avaliação positiva dos médicos da estrutura da Central de Assistência, considerando-se as regras estipuladas neste contrato – principalmente, nos itens abaixo listados. As especialidades cujas patologias e situações estão sujeitas à SOMI estão relacionadas abaixo:

- Doenças cardiovasculares;
- Doenças neurológicas;
- Câncer;
- Cirurgia mutilante;
- Transplantes;

- Qualquer doença considerada grave pelo médico assistente do Usuário, desde que ratificado pela equipe médica da Central de Assistência.

Para a realização da SOMI, as situações deverão apresentar uma das seguintes características:

a) Impossibilidade de diagnóstico apesar de esgotados os recursos disponíveis de opiniões médicas e exames complementares;

b) Dificuldade na determinação do tratamento adequado, seja pela impossibilidade de se estabelecer um consenso entre especialistas renomados, seja pela inexistência de uma proposta terapêutica satisfatória.

Para qualquer das hipóteses acima citadas, a definição da necessidade ou não da realização da SOMI se dará unilateralmente pelos profissionais integrantes da equipe médica da Central de Assistência, sem que haja qualquer interferência do Usuário ou do médico assistente.

Todas as especialidades e patologias a que o Usuário fará jus para a realização da SOMI, conforme descrito no item acima, deverão ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, sem exceção.

A SOMI somente poderá ser solicitada pelo profissional médico, devidamente habilitado, que estiver assistindo o Usuário (médico assistente).

A Central de Assistência, ao ser acionada, fornecerá todas as informações sobre os procedimentos necessários para a solicitação, o que inclui a remessa dos documentos relativos ao Usuário e seu caso específico, assim como documento de solicitação da SOMI devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente.

Os custos para o envio dos documentos necessários à Central de Assistência correrão por conta do Usuário, não se responsabilizando a Central de Assistência por qualquer despesa nesse sentido.

Os documentos a serem enviados para a realização da SOMI serão definidos pelo médico assistente, de acordo com patologia e dúvidas encaminhadas, podendo ser avaliados pela Central de Assistência ou por seus Prestadores Credenciados em termos de qualidade e/ou necessidade de informações adicionais para prestação do serviço.

Os referidos documentos deverão ser enviados via correio com aviso de recebimento (AR) aos cuidados de Europ Assistance Brasil, Serviço de Segunda Opinião Médica, Avenida Juruá, 320 – Barueri – São Paulo – CEP: 06455-933.

O médico assistente, junto ao seu paciente (Usuário elegível), deverá enviar, conforme procedimento apontado pela Central de Assistência, todos os dados clínicos referentes ao Usuário, tais como histórico do caso/patologia, testes e exames laboratoriais, radiografias e eletrocardiogramas, entre outros.

IMPORTANTE: TODAS AS INFORMAÇÕES SERÃO BASEADAS EM PROTOCOLOS MÉDICOS QUE DETERMINARÃO OS PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS EM CADA SITUAÇÃO.

Mediante confirmação de recebimento de todos os documentos com a qualidade exigida, a Central de Assistência procederá com a digitalização de todo o material diagnóstico e a elaboração dos quesitos que serão submetidos aos médicos especialistas que deverão elaborar a SOMI.

Todos os dados clínicos serão transmitidos através de aparelhos de telemedicina ou via courrier aos centros médicos de referência.

De posse do dossiê do Usuário, o prestador credenciado executará a avaliação clínica e diagnóstica através de seus especialistas.

Os médicos especialistas formularão a SOMI de forma escrita, que será enviada à Central de Assistência, para tradução de seu teor, e posterior encaminhamento ao médico assistente, em endereço no Brasil, e conforme informado no formulário de solicitação da SOMI.

A Central de Assistência realizará a tradução simples da SOMI a suas expensas.

As partes reconhecem que não haverá a necessidade de tradução juramentada do documento, exceto por motivo de lei que passe a exigir tal formalidade. Nesse caso, ambas as partes, em comum acordo, definirão de quem será a responsabilidade sobre essas expensas.

A prestação de serviços pela Central de Assistência será realizada das 8h às 20h, de segunda-feira a sexta-feira, exceto feriados, acionável através do telefone dedicado para solicitação do serviço pelo Usuário.

Uma vez constado pela Central de Assistência o efetivo recebimento do documento de solicitação de SOMI pelo médico assistente e demais exames necessários para prestação do serviço, esta tomará as providências que lhe competem, sendo certo que terá um prazo de 30 (trinta) dias corridos para entrega do laudo/parecer pela equipe credenciada ao médico assistente.

A prestação dos serviços estabelecidos nestas Condições Gerais será executada desde que não haja impedimentos legais, devendo a Central de Assistência, o **CONTRATANTE** e o Usuário observar a legislação aplicável no Brasil, o que inclui todas as normas regulamentadoras da atividade médica.

IMPORTANTE: PARA GARANTIA DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS INCLUSOS EM QUALQUER PRODUTO, É IMPRESCINDÍVEL QUE SEJA REALIZADO O CONTATO COM A CENTRAL DE ASSISTÊNCIA ANTES DE QUALQUER PROVIDÊNCIA RELACIONADA AOS SERVIÇOS.

O Usuário poderá entrar em contato com a Central de Assistência para solicitar informações sobre determinados serviços, contudo o acionamento dos serviços ora contratados somente poderá se dar por parte do médico assistente através do documento de solicitação devidamente assinado e preenchido com o histórico do Paciente.

SIGILO E ÉTICA MÉDICA – SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

As partes declaram-se cientes de que a interferência de um segundo profissional na abordagem de um caso clínico envolve numerosas implicações de ordem ética. Desse modo, tanto os dados do Usuário, sujeito da prestação de serviços descrita neste instrumento, quanto a SOMI somente poderão ser acessados pelos médicos envolvidos no caso.

De acordo com o descrito no presente instrumento, a SOMI não deverá ser confundida com a prática da teleconsulta. Conforme definido, a SOMI é considera um procedimento ético e legal, resumindo-se na emissão de um parecer/laudo dado de um médico por solicitação de outro médico (médico assistente).

A equipe de prestadores credenciada é constituída por profissionais dentro de todas as especialidades médicas descritas no item "Patologias e situações sujeitas à segunda opinião médica". Os referidos profissionais, além de incontestável competência nas suas respectivas áreas de atuação, gozam de ilibado conceito quanto à sua conduta ética, qualidades essas avaliadas continuamente pela Central de Assistência.

O médico consultor emitirá o parecer/laudo em função dos dados que lhe são apresentados, desde que suficientes para a prestação dos serviços, o que será definido pela equipe da Central de Assistência. As partes declaram-se cientes de que os prestadores credenciados para a emissão da SOMI poderão abster-se de se pronunciar e realizar o serviço ante a insuficiência dos dados fornecidos pelo médico assistente.

As partes declaram-se cientes de que a equipe de profissionais credenciada para a emissão da SOMI poderá a qualquer tempo solicitar novas informações, podendo até determinar que o Usuário realize novos exames. Na hipótese de não recebimento de tais exames no prazo solicitado pela Central de Assistência, a solicitação de SOMI será automaticamente cancelada.

PRAZO PARA SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

Após a confirmação do recebimento e adequação do formulário de solicitação da SOMI e respectivos exames pela Central de Assistência, a documentação com a SOMI traduzida será encaminhada ao médico assistente solicitante em até 30 (trinta) dias corridos.

As partes reconhecem que fatores imponderáveis podem atrasar o trânsito da informação, tais como impedimento do profissional emissor da SOMI por motivo de força maior, pane nos sistemas eletrônicos e acidentes imprevistos, entre outros. Esses fatores, ocorrências inesperadas de ordem logística, não constituem regra, mas exceções. Nessas circunstâncias, a Central de Assistência prestará todas as informações sobre o andamento do processo ao Usuário ou ao médico assistente, de acordo com a solicitação.

4 | Exclusões e Limitações de Serviços

4.1 – Os Serviços de Assistência poderão sofrer limitação de:

LIMITE DE DURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

O prazo de vigência da Assistência 24 Horas vigorará pelo prazo em que o vínculo contratual entre o Usuário e o **CONTRATANTE** vigorar, observadas as disposições complementares citadas abaixo.

Os serviços de Assistência 24 Horas serão disponibilizados ao Usuário durante o período em que estiver ausente do domicílio a mais de 100km (cem quilômetros), desde que ele esteja dentro de um dos países descritos no Limite Territorial da Assistência e que o prazo total da ausência domiciliar não exceda 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias corridos.

Para o serviço de Concierge, o serviço poderá ser acionado a qualquer momento, estando o Usuário no domicilio ou não. Para os demais serviços contemplados nestes Termos e Condições, o Usuário poderá utilizar os serviços da Assistência 24 Horas, desde a data de início da contratação do serviço até a data de seu término, sendo que tais datas serão indicadas pelo **CONTRATANTE** ao Usuário no momento da contratação dos serviços.

A Assistência 24 Horas se reserva o direito de cancelar automaticamente os serviços ora contratados, quando o Usuário causar ou provocar intencionalmente um fato que dê origem à necessidade de prestação de qualquer um dos serviços aqui descritos, ou quando ele omitir ou fornecer intencionalmente informações falsas. Em complemento ao disposto nos itens acima, a Assistência será considerada cancelada de pleno direito, independentemente de notificação prévia ao Usuário:

a) Na data em que cessar, independentemente do motivo, o vínculo contratual do Usuário com o **CONTRATANTE** que tiver concedido o direito à utilização dos Serviços;

b) Quando atingidos quaisquer dos limites estabelecidos nessas cláusulas;

c) Quando houver o Usuário prestado informações ou encaminhado documentos inconsistentes, falhos, falsos ou inverídicos e/ou provenientes de má-fé;

d) Praticar atos ilícitos e contrários à lei.

LIMITE TERRITORIAL DA ASSISTÊNCIA

O Usuário terá direito à utilização dos Serviços somente se o Evento ocorrer em território internacional.

Todos os serviços de Assistência 24 Horas são prestados em cidades consideradas grandes polos turísticos ou cidades com mais de 200.000 (duzentos mil) habitantes. Para as demais cidades sem infraestrutura, o Usuário será instruído pela Central de Assistência sobre como proceder, observando em qualquer caso os limites previstos para o serviço solicitado.

Os serviços não serão válidos caso venham a ser adquiridos por quem já se encontre em viagem, sendo que a Assistência 24 Horas se reserva o direito de investigar a veracidade das declarações do Usuário nesse sentido.

Caso a Assistência 24 Horas identifique que os serviços foram adquiridos por Usuário em viagem, poderá exigir do Usuário o reembolso imediato de todos os gastos relativos aos serviços e indevidamente efetuados.

Os serviços também não serão prestados aos Usuários que deixarem de ter domicilio no Brasil.

4.2 – EXCLUSÕES DA ASSISTÊNCIA 24 HORAS

Estão excluídos da Assistência 24 Horas quaisquer prejuízos, ônus, perdas, danos ou responsabilidades de qualquer natureza, direta ou indiretamente causados por ou resultantes de ou para os quais tenham contribuído:

a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;

c) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

d) Ato terrorista, que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;

e) Intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de assistência médica prestada em razão de acidente pessoal definido nestes termos e condições;

f) Choque anafilático e suas consequências;

g) Internações hospitalares para investigação diagnóstica e/ou avaliação do estado de sanidade (*checkup*);

h) Intercorrências ou complicações consequentes à realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal definido nestes termos e condições;

i) Tratamento de doenças mentais ou psiquiátricas;

j) Perda de dente;

k) Tratamentos estéticos ou rejuvenescedores de qualquer tipo;

l) Cirurgias plásticas e despesas com compra de prótese, confecção de óculos e lentes de contato (exceto as despesas com cirurgias pós-acidentais que sejam necessárias para restabelecimento do Usuário e as despesas com reparos ou substituição de próteses odontológicas danificadas em consequência de acidente pessoal definido nestes termos e condições, desde que contratado o serviço de assistência correspondente);

m) Lesões corporais e suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início do período de viagem assistido;

n) Eventos não decorrentes de acidente pessoal definido nestes termos e condições;

o) Suicídio ou sua tentativa;

p) Doenças e lesões ocasionadas pelo risco/meio de profissão do Usuário;

q) Lesões decorrentes de esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos;

r) Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência como “invalidez acidentária”;

s) Epidemias, pandemias e endemias, assim consideradas por instituições de saúde reconhecidas nacional e internacionalmente como o Ministério da Saúde brasileiro e a OMS – Organização Mundial da Saúde;

t) Dano moral, dano estético e indenizações punitivas;

u) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Usuário, por seus **BENEFICIÁRIOS**, pelo representante de um ou de outro ou, ainda, pelos sócios controladores, dirigentes, administradores **BENEFICIÁRIOS** do Estipulante ou seus respectivos representantes.

Estão também limitados os serviços de todos os itens dispostos neste contrato nos seguintes termos:

a) O Usuário somente poderá utilizar-se dos serviços de assistência com a prévia autorização da Central de Assistência, exceto na ocorrência de situações que o ponham em risco de vida;

b) Os serviços de assistência não se aplicarão às complicações que venham a ocorrer durante a viagem do Usuário, decorrentes de qualquer inobservância de prescrição médica;

c) Os serviços de assistência não poderão ser prestados quando não houver cooperação por parte do Usuário ou outro que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Assistência (dados imprescindíveis ao atendimento, como nome, endereço, CPF, descrição de sintomas e outros que se façam necessários);

d) Nas situações em que a equipe médica da Central de Assistência não consiga obter laudos médicos de forma satisfatória, caberá ao Usuário obtê-los diretamente do médico que o trata e/ou do hospital no qual se encontra internado. Vale lembrar que o poder de obtenção de laudos é direito do Usuário e a Central de Assistência não pagará por qualquer tipo de laudo e/ou tradução de línguas não universais. Caso não haja tal colaboração, o Usuário perderá o direito ao atendimento;

e) O não comparecimento à consulta médica agendada pela Central de Assistência será considerado injustificável e os custos resultantes dela correrão por conta do Usuário.

5 | Elegibilidade

São elegíveis aos serviços objeto do presente contrato os clientes vinculados aos planos de saúde comercializados pela **AMIL** indicados na Tabela de Vendas vigente na data da contratação.

O Segurado poderá utilizar o seguro durante o prazo de vigência da apólice, mas somente estará coberto durante o período da viagem, o qual deverá constar no Certificado Individual de Seguro, respeitadas as disposições relativas ao Período Máximo de Viagem, conforme disposto abaixo.

Período Máximo de Viagem: *tanto o Seguro Viagem quanto os serviços de assistência serão disponibilizados aos Segurados durante o período de vigência contratado, desde que (i) a viagem ocorra para um dos países descritos no Âmbito Geográfico e (ii) que o período de vigência contratado não ultrapasse os limites máximos de 180 (cento e oitenta) dias.*

Antes de cada viagem, o segurado deverá entrar em contato com a Central de Assistência da Empresa de Serviços e solicitar a emissão de um Certificado Individual específico para esta viagem. No Certificado Individual, constará o período de vigência do seguro, além das datas de início e término da viagem.

Amil S380, Amil S450, Amil S750, Prata, Ouro, Platinum e Platinum Mais

Serviço disponível para contratação

O presente anexo tem por objeto a prestação do serviço denominado **AMIL RESGATE** aos **BENEFICIÁRIOS** de um dos planos privados de assistência médico-hospitalar operados pela **AMIL** e elegíveis à contratação do serviço. Nele estão as principais regras que devem ser observadas por todos os que adquirirem o **AMIL RESGATE** e/ou utilizarem suas funcionalidades.

Como condição para acesso aos serviços objeto deste anexo, a **CONTRATANTE** declara que fez a leitura completa e atenta das regras deste documento, estando plenamente ciente quanto a seus termos e conferindo sua livre e expressa concordância com o conteúdo aqui estipulado. Declara a **CONTRATANTE**, ainda, que deu publicidade às presentes condições gerais à massa de **BENEFICIÁRIO**S a ela vinculada.

Definições

As expressões utilizadas neste anexo terão os seguintes significados:

Área geográfica de abrangência do serviço - região onde a **AMIL** comercializa e opera o serviço **AMIL RESGATE** e onde está obrigada a garantir as coberturas e os procedimentos nos termos da cláusula terceira;

BENEFICIÁRIO – pessoa física, titular ou dependente, vinculada ao contrato de assistência médica e hospitalar (contrato) celebrado com a **AMIL** e incluído em um dos planos de saúde elegíveis à contratação do presente serviço;

Cobertura – corresponde aos serviços, procedimentos e atendimentos a que faz jus o **BENEFICIÁRIO**, garantindo-se que foram obedecidas as regras expressamente estabelecidas neste anexo;

Condição médica "não abordada" – situações e/ou injúrias capazes de colocar em risco a vida do **BENEFICIÁRIO** que ainda não tenham sido (i) abordadas por um médico e/ou equipe multiprofissional; (ii) resolvido, parcial ou totalmente, o evento que mantém o **BENEFICIÁRIO** em instabilidade e/ou risco de morte iminente. Para efeito dessa definição, todas as situações de emergência são condições médicas não abordadas;

Contrato – refere-se ao contrato de assistência médica e hospitalar celebrado entre a **CONTRATANTE** e a **AMIL**;

Emergência – situação que implica risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o **BENEFICIÁRIO**, como tal caracterizada em declaração do médico do hospital de origem;

Urgência – situação que decorre de acidentes pessoais, de agravamento de tratamento médico que possa ocasionar a perda de funções, órgãos ou membros ou complicação no processo gestacional e que dependa de uma resposta adequada para o tratamento do **BENEFICIÁRIO**.

1 | Cláusula Primeira

OBJETO

1.1 – O presente anexo tem por objeto estabelecer as principais regras, condições, exclusões de cobertura e limites da prestação do serviço de transporte aeromédico **AMIL RESGATE**, de acordo com as especificações estabelecidas nas cláusulas a seguir.

1.2 – Compreende-se como o serviço **AMIL RESGATE** a prestação do serviço de resgate terrestre, aéreo ou aeroterrestre de pessoa, assim entendido o traslado, de um hospital qualquer no Brasil para outro hospital qualquer no Brasil, cujo estado de saúde, por sua gravidade, seja considerado de urgência, conforme disposto na cláusula terceira, comprovado tal estado de saúde por declarações do médico no hospital de origem e/ou do médico resgatador, conforme o disposto nas cláusulas terceira e quarta.

1.2.1 – Serão obrigatoriamente incluídos no anexo **AMIL RESGATE** o **BENEFICIÁRIO** Titular e todos os seus dependentes, podendo tal inclusão ser feita no momento da assinatura do contrato, na data de aniversário do contrato ou em épocas que venham a ser definidas pela **AMIL.**

1.3 – Os serviços do **AMIL RESGATE** estão sujeitos a limitações de cunho (i) médico, como – mas não se limitando a – a falta de condições clínicas apresentadas pelo **BENEFICIÁRIO** para a remoção; (ii) não médico, como – mas não se limitando a – condições climáticas adversas, situações táticas ou estratégicas que impeçam outras remoções concomitantes, conforme disposto nas cláusulas terceira e quarta, entre outras.

1.4 – **Sem prejuízo** das exclusões contratuais, que estão mais detalhadas e são objeto da cláusula quinta, e das contraindicações para o transporte, conforme o item 4.6, **NÃO ESTÃO CONTEMPLADOS** pelo objeto deste anexo:

1.4.1 – A prestação de serviços a pessoas que não sejam **BENEFICIÁRIOS** vinculados a um dos planos de saúde elegíveis operados pela **AMIL** ou que não cumpram as condições de elegibilidade da cláusula segunda;

1.4.2 – Serviço de resgate a **BENEFICIÁRIO**S (i) cuja condição médica seja considerada de emergência não tratada; (ii) cujas condições médicas contraindiquem o transporte ou (iii) cuja condição médica não seja consenso entre o médico no hospital de origem e o médico resgatador;

1.4.3 – Atendimento, cobertura ou reembolso de despesas realizadas no exterior;

1.4.4 – Custos e despesas realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** no hospital de origem ou no hospital de destino quando um dos hospitais ou ambos não pertencerem à rede credenciada da **AMIL** para o plano a que estiver vinculado o **BENEFICIÁRIO**;

1.4.4.1 – Caso o hospital de origem ou o hospital de destino não pertença à rede credenciada AMIL para o plano do **BENEFICIÁRIO**, este será o único responsável pelos custos e despesas médicas relativos à internação no referido hospital e/ou pelas despesas médicas que não tiverem relação exclusiva com o serviço **AMIL RESGATE**.

2 | Cláusula Segunda

ELEGIBILIDADE

2.1 – Poderão contratar os serviços previstos no presente instrumento as pessoas jurídicas que tenham adquirido um dos planos de saúde coletivos empresariais elegíveis, conforme disposto no item 2.1.1, e que cumpram, cumulativamente, as seguintes condições:

(i) estejam com seu plano de saúde ativo no cadastro da **AMIL**;

(ii) não estejam com pagamento(s) de contraprestação(ões) pecuniária(s) (mensalidades) em atraso, obedecidas as normas pertinentes ao contrato principal;

(iii) leiam e aceitem os termos deste anexo.

2.1.1 – São considerados elegíveis à contratação do serviço previsto no presente instrumento as **CONTRATANTES** dos produtos denominados **Amil S380, Amil S450, Amil S750, Prata, Ouro, Platinum e Platinum Mais**.

2.2 – Serão obrigatoriamente incluídos no presente anexo os **BENEFICIÁRIOS** Titulares vinculados à **CONTRATANTE** e todos os seus dependentes, podendo tal inclusão ser feita no momento da assinatura do contrato entre a **AMIL** e a empresa **CONTRATANTE**, na data de sua inclusão no plano de saúde ou em épocas que venham a ser definidas pela **AMIL**.

3 | Cláusula Terceira

ÁREA GEOGRÁFICA E DE ABRANGÊNCIA

3.1 – O serviço **AMIL RESGATE** será prestado aos **BENEFICIÁRIOS** elegíveis localizados em um hospital qualquer no Brasil para outro hospital qualquer no Brasil e levará em consideração, além das condições médicas do **BENEFICIÁRIO**, as condições físicas do transporte, conforme indicado na cláusula quarta, a seguir.

4 | Cláusula Quarta

COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1 – A cobertura se dará nos limites deste anexo e será assegurada independentemente do local de origem do evento, desde que a remoção se dê de hospital para hospital, ambos localizados em território nacional.

4.2 – Os serviços do **AMIL RESGATE** somente serão prestados se cumpridas, cumulativamente, as condições físicas do transporte, indicadas no item 4.6, e as condições médicas do **BENEFICIÁRIO** (item 4.7), desde que não configurada situação prevista como exclusão contratual, objeto da cláusula quinta.

4.3 – O alvo da prestação de serviços **AMIL RESGATE** é a saúde do ser humano, em benefício da qual a **AMIL** agirá com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, sempre adotando os seguintes critérios:

4.3.1 – Solicitação – deve ser feita pela família do **BENEFICIÁRIO** à **AMIL** para o transporte do **BENEFICIÁRIO**;

4.3.2 Indicação – o médico do hospital de origem deve indicar a realização do transporte. O **BENEFICIÁRIO** somente será liberado pelo médico do hospital de origem, desde que respeitadas suas condições médicas (item 4.7);

4.3.3 Disponibilidade – no momento da solicitação, deve haver disponibilidade de viatura aérea ou terrestre para o transporte, assim como de equipe médica;

4.3.4 Condições de transporte – as condições climáticas, meteorológicas, de pista, de comunicação devem ser favoráveis ao transporte aéreo e não podem oferecer risco para a equipe de resgate, conforme detalhamento do item 4.6, a seguir;

4.4 – A ausência de estrutura e de condições tecnológicas e medicamentosas para o tratamento do **BENEFICIÁRIO** poderá ser considerada um fator de peso quando da avaliação risco-benefício para o transporte;

4.5 – Sempre que possível, os serviços do **AMIL RESGATE** levarão em consideração o binômio possibilidade x necessidade de tratamento, situação que, na medida do possível, será compartilhada com a família do **BENEFICIÁRIO**.

4.6 – CONDIÇÕES FÍSICAS DO TRANSPORTE

4.6.1 – A prestação de serviços de remoção entre hospitais dependerá, cumulativamente, das condições de saúde e estado do **BENEFICIÁRIO**, conforme indicado no item 4.7, abaixo, e também do disposto neste item.

4.6.1.1 – As remoções por helicóptero apenas poderão ocorrer durante o dia.

4.6.1.2 – As bases dos helicópteros resgatadores estão localizadas nas cidades do Rio de Janeiro (RJ) e de São Paulo (SP).

4.6.1.3 – Quando o hospital em que se encontra o **BENEFICIÁRIO** estiver localizado em um raio de até 300km (trezentos quilômetros) de distância das bases dos helicópteros resgatadores, a remoção do BENEFICIÁRIO dar-se-á por helicóptero (resgate aéreo) e/ou por ambulância (resgate terrestre).

4.6.1.3.1 – A remoção do hospital de partida até um heliporto homologado pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) e do heliporto homologado pela ANAC até o hospital de destino será feita por ambulância.

4.6.1.4 – Quando o hospital em que se encontra o **BENEFICIÁRIO** estiver localizado à distância superior a 300km (trezentos quilômetros) das bases dos helicópteros resgatadores e desde que a cidade em que estejam localizados os hospitais de partida e de destino disponham de aeroporto homologado pela ANAC para receber o pouso de aeronave a jato de pequeno porte, a remoção do **BENEFICIÁRIO**, devendo ser preenchidas as condições previstas neste anexo, não será realizada por helicóptero, mas por avião (resgate aéreo), diretamente pela AMIL ou por qualquer de seus prestadores credenciados.

4.6.2 – Sob o ponto de vista das condições físicas do transporte, a utilização de resgate aéreo será determinada em razão do local onde se encontra o **BENEFICIÁRIO** e do cumprimento integral de todas as condições estabelecidas em regulamentação e instrução específica para esse tipo de serviço pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) para tráfego aéreo, especialmente no que se refere a autonomia da aeronave, tempo de deslocamento até a aeronave, necessidade de múltiplos pousos e disposições geográficas, além das condições de voo e pouso para cada tipo de aeronave.

4.6.3 – O traslado poderá ser realizado mediante combinação de transportes terrestre (ambulância) e aéreo (helicóptero e/ou aeronave) e dependerá de prévio agendamento perante a **AMIL**, conforme cláusula que trata da utilização.

4.6.4 – Quando houver necessidade de transferência do **BENEFICIÁRIO** de qualquer hospital em que este se encontre e (i) não estiverem presentes as condições físicas de transporte (indisponibilidade de equipe ou de equipamento, por exemplo), de modo que se configure qualquer impedimento para a remoção naquele momento, ou (ii) se apure a presença de motivo de força maior (como alagamento na região, catástrofe etc.), o **BENEFICIÁRIO** será mantido no hospital de origem, onde receberá todo o cuidado necessário e disponível, até que, finalmente, seja possível realizar a remoção.

4.7 – CONDIÇÕES MÉDICAS DO BENEFICIÁRIO

4.7.1 – Além do preenchimento das condições previstas no item 4.6, anterior, os serviços do **AMIL RESGATE** somente poderão ser prestados aos BENEFICIÁRIOS cujo estado de saúde seja considerado grave, assim apurado pelo médico do hospital de origem.

4.7.1.1 – A decisão relativa à remoção do **BENEFICIÁRIO** é um ato médico e será precedida de todos os cuidados necessários à preservação da vida e da saúde do **BENEFICIÁRIO**.

4.7.1.2 – A decisão do médico no hospital de origem prevalecerá quanto à indicação ou contraindicação da remoção, no que se refere ao quadro clínico do **BENEFICIÁRIO**.

4.7.1.3 – Havendo indicação para a remoção por parte do médico no hospital de origem, o médico resgatador designado para a remoção, igualmente, apurará, com o médico do hospital de origem, a necessidade e a possibilidade de remoção do **BENEFICIÁRIO**, avaliando, ainda, quais recursos humanos e materiais são indispensáveis à execução do transporte de maneira segura e adequada, tendo em vista as premissas descritas no item 4.2.

4.7.1.4 – O médico resgatador avaliará (i) a situação e as condições fisiológicas do **BENEFICIÁRIO**; (ii) as possibilidades do hospital de origem e do transporte necessário para tratamento definitivo do **BENEFICIÁRIO**; (iii) o tempo de resposta necessário a situações de urgência; (iv) as condições da operação aeromédica; (v) as condições climáticas e de altitude; (vi) as possibilidades de evolução clínica durante e após a remoção do **BENEFICIÁRIO**, entre outros fatores específicos.

4.7.1.5 – A remoção somente será realizada se o médico resgatador aprová-la. Em caso de divergência entre o médico resgatador e o médico do hospital de origem, a remoção não poderá ser realizada.

4.7.2 – A condição médica do **BENEFICIÁRIO** poderá decorrer das seguintes situações de urgência, sem estar limitada a elas:

4.7.2.1 – Infarto agudo do miocárdio, com necessidade de cirurgia de revascularização de urgência, choque cardiogênico refratário ou arritmia ameaçadora à vida;

4.7.2.2 – Infarto agudo do miocárdio, com dor mantida e indicação de angioplastia de urgência;

4.7.2.3 – Aneurisma dissecante de aorta em fase aguda;

4.7.2.4 – Politraumatismo;

4.7.2.5 – Trauma cranioencefálico;

4.7.2.6 – Traumatismo raquimedular na fase aguda inicial;

4.7.2.7 – Traumatismo de face com distúrbio de ventilação;

4.7.2.8 – Traumatismo de face com lesão do globo ocular;

4.7.2.9 – Trauma torácico;

4.7.2.10 – Traumatismo de grandes vasos sanguíneos;

4.7.2.11 – Traumatismo abdominal;

4.7.2.12 – Traumatismo extenso de partes moles;

4.7.2.13 – Amputação traumática com possibilidade de reimplante;

4.7.2.14 – Choque traumático;

4.7.2.15 – Grandes queimaduras;

4.7.2.16 – Acidentes com eletricidade, com acometimento sistêmico;

4.7.2.17 – Asfixia por imersão (afogamento);

4.7.2.18 – Intoxicações exógenas involuntárias;

4.7.2.19 – Picada de animais peçonhentos.

4.7.3 – Ainda que o quadro médico do **BENEFICIÁRIO** esteja contemplado em uma ou mais condições médicas descritas anteriormente, a remoção somente será executada (i) quando for necessária ao tratamento definitivo do **BENEFICIÁRIO**; (ii) se for capaz de garantir uma condição clínica igual ou melhor que aquela apresentada pelo **BENEFICIÁRIO** no hospital de origem; (iii) quando houver consenso entre o médico do hospital de origem e o médico resgatador.

4.7.4 – **BENEFICIÁRIOS** que apresentarem as condições médicas especiais arroladas a seguir receberão tratamento diferenciado, a saber:

4.7.4.1 – **BENEFICIÁRIAS** gestantes em período expulsivo e gestantes no último trimestre de gestação somente serão removidas por transporte terrestre para hospitais com recursos adequados próximos do hospital de origem, não havendo remoção por via aérea nessas circunstâncias;

4.7.4.2 – **BENEFICIÁRIOS** com hemoglobina abaixo de 8 poderão ser removidos por transporte terrestre ou por helicóptero. Se a condição física do transporte indicar a remoção por aeronave, esta somente ocorrerá em aeronaves de asa fixa (avião), com cabine pressurizada;

4.7.4.3 – **BENEFICIÁRIOS** portadores de doenças infectocontagiosas só poderão ser transportados se a equipe de remoção estiver devidamente paramentada e preparada para tal;

4.7.4.4 – **BENEFICIÁRIOS** com aneurisma cerebral com sinais de sangramento ativo serão avaliados pelo médico resgatador, que verificará a instabilidade, o risco envolvido e o benefício esperado pelo procedimento de remoção;

4.7.4.5 – **BENEFICIÁRIOS** classificados como vulneráveis somente serão removidos com a presença de um acompanhante/responsável no ato da remoção, observadas, para todos os fins, as regras referentes à disponibilidade de aeronaves, dispostas no item 3.6.4, salvo se o consenso entre o médico no hospital de origem e o médico resgatador demonstrar risco de agravamento da situação clínica do paciente em caso de demora na remoção;

4.7.4.5.1 – Entende-se como vulneráveis, para todos os fins, os **BENEFICIÁRIOS** menores de 18 anos e/ou as pessoas sem condições de tomar decisão.

5 | Cláusula Quinta

EXCLUSÕES CONTRATUAIS

5.1 – Estão expressamente excluídas do objeto do presente anexo e, consequentemente, da prestação de serviços pelo **AMIL RESGATE** as seguintes situações:

5.1.1 – Remoção de **BENEFICIÁRIOS** cuja condição médica represente risco de morte;

5.1.2 – Remoção de **BENEFICIÁRIOS** cuja condição médica configure emergência;

5.1.3 – Remoção de **BENEFICIÁRIOS** cuja condição médica seja considerada não transportável, assim classificada pelo médico resgatador, a quem cabe decidir in loco se o **BENEFICIÁRIO** é passível de transporte ou não, levando em consideração a avaliação técnica especializada, a relação risco-benefício de transportar o **BENEFICIÁRIO** e a configuração de situações que contraindicam o transporte.

Nessa situação, são considerados não transportáveis os seguintes **BENEFICIÁRIOS**:

(i) **BENEFICIÁRIOS** com pneumoencéfalo, pneumotórax, pneumopericárdio e pneumoperitônio não abordados;

(ii) **BENEFICIÁRIOS** com sangramento ativo (como hemorragia digestiva e hemoptise);

(iii) **BENEFICIÁRIOS** em hemotransfusão;

(iv) **BENEFICIÁRIOS** vítimas de acidentes com material radiativo;

(v) **BENEFICIÁRIOS** em óbito declarado.

5.1.4 – Prestação de serviços de atendimento pré-hospitalar (APH);

5.1.5 – Remoção de **BENEFICIÁRIOS** quando os pontos de partida ou destino não corresponderem a uma unidade hospitalar, ficando expressamente excluídas localidades como residências, escritórios, logradouro público, estradas e campos, entre outras;

5.1.6 – Remoção de **BENEFICIÁRIOS** que estiverem localizados em embarcações de qualquer natureza, ainda que tais embarcações disponham de unidade hospitalar ou ambulatorial, como navios e plataformas ultramarinas, entre outras;

5.1.7 – Remoções realizadas por terceiros não pertencentes à rede de serviços credenciados da **AMIL**;

5.1.8 – Cobertura ou reembolso de qualquer despesa relativa à internação hospitalar ou atendimento médico diverso do transporte aeromédico contemplado no serviço **AMIL RESGATE** aéreo, seja no hospital de partida, seja no hospital de destino;

5.1.8.1– As despesas médico-hospitalares incorridas pelo **BENEFICIÁRIO** nos hospitais de origem ou de destino somente serão cobertas pela **AMIL** se ele tiver direito a tais coberturas nos exatos termos do contrato, especialmente segundo os limites, de acordo com a rede credenciada específica do plano contratado;

5.1.8.2 – Em nenhuma hipótese, serão cobertos os custos e as despesas realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** no hospital de partida ou de destino quando esses hospitais não pertencerem à rede credenciada da **AMIL**. Nessa situação, o **BENEFICIÁRIO** será o único responsável pelos custos e despesas médicas relativos à internação e às respectivas despesas médicas.

5.1.9 – **BENEFICIÁRIOS** que estejam em cumprimento de carência ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), decorrente de preexistência e conforme condições específicas do contrato;

5.1.10 – Cobertura ou reembolso de despesas realizadas no exterior;

5.1.11 – Cobertura ou reembolso de despesas com acompanhantes do **BENEFICIÁRIO**;

5.1.12 – Cobertura ou reembolso de despesas relativas ao retorno do **BENEFICIÁRIO** após a alta do hospital de destino.

5.2 – Dependerão de avaliação específica e de consenso entre o médico no hospital de origem e o médico resgatador, o qual avaliará a instabilidade do **BENEFICIÁRIO**, o risco envolvido e o benefício esperado pelo procedimento de remoção, os **BENEFICIÁRIOS** cuja condição médica esteja contemplada em cada uma das hipóteses abaixo:

(i) instabilidade hemodinâmica;

(ii) instabilidade ventilatória;

(iii) aneurismas dissecantes de aorta do tipo A ou B.

5.3 – A prestação do serviço **AMIL RESGATE** não será autorizada caso se constate qualquer divergência entreo médico no hospital de origem e o médico resgatador no que se refere à possibilidade de remoção, prevalecendo, em caso de divergência, o parecer técnico do médico resgatador.

6 | Cláusula Sexta

DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1 – O serviço **AMIL RESGATE** terá vigência na data da celebração do contrato principal ou, em caso de inclusão do **BENEFICIÁRIO**, em momento posterior à celebração do contrato principal, na data da inclusão.

6.2 – Na hipótese de extinção do contrato, este anexo será igualmente extinto.

7 | Cláusula Sétima

UTILIZAÇÃO

7.1 – Cumprido o prazo de 10 (dez) dias de carência por parte do **BENEFICIÁRIO**, os serviços do **AMIL RESGATE** poderão ser utilizados.

7.1.1 – A prestação do serviço do **AMIL RESGATE** será solicitada pelo médico do **BENEFICIÁRIO** no hospital de origem, mediante contato telefônico para a Central de Atendimento 24 horas **AMIL**, disponível pelos telefones **3004-1000** (capitais e regiões metropolitanas) e **0800-706-2363** (demais localidades).

7.1.2 – Ao receber o contato do médico do **BENEFICIÁRIO** – desde que presentes as condições de cobertura indicadas na cláusula terceira e não estando presente nenhuma situação prevista como exclusão contratual pela cláusula quarta –, a **AMIL** verificará a disponibilidade:

a) de viatura aérea ou terrestre para o transporte;

b) de equipe médica para o transporte;

c) das condições climáticas, meteorológicas, de pista, de comunicação favoráveis ao transporte aéreo e que não ofereçam risco para a equipe.

7.1.3 – Presentes as condições indicadas no item anterior, a **AMIL** destacará uma equipe de apoio médico, que ficará responsável por realizar a avaliação das condições médicas e das condições de transporte do **BENEFICIÁRIO**, levando-se em consideração:

a) a indicação do médico do hospital de origem para a realização do transporte;

b) a ausência de estrutura e de condições tecnológicas e medicamentosas para o tratamento do **BENEFICIÁRIO** no hospital de origem;

c) caso a remoção não seja indicada no momento do requerimento, seja pela indisponibilidade de equipe médica resgatadora ou de equipamento, seja por motivo de força maior, como alagamento na região, catástrofe ou demais condições climáticas, ou, ainda, em razão das condições médicas apresentadas pelo **BENEFICIÁRIO**, este será mantido no hospital de origem, onde receberá os cuidados necessários e possíveis, até que a remoção seja possível.

7.1.4 – Realizados o primeiro contato e o protocolo de atendimento entre o médico no hospital de origem e a equipe de apoio médico e desde que aprovada a remoção após consenso entre essas duas equipes, a AMIL localizará, entre os hospitais que atendem ao padrão de acomodação definido em contrato, aqueles que dispõem de estrutura médica e leito vago para acolher o **BENEFICIÁRIO**.

7.1.5 – Sem prejuízo do consenso entre o médico do hospital de origem e a disponibilidade de leitos no hospital de destino, a **AMIL** avaliará, ainda, a presença de condições de transporte dos veículos, obedecendo-se sempre ao disposto no item 4.6. Apenas depois de verificado o cumprimento de todas as condições do **BENEFICIÁRIO** e do transporte, o consenso médico e a vaga no hospital é que se dará andamento à remoção.

7.1.6 – A **AMIL** comunicará ao **BENEFICIÁRIO** ou a seu responsável a decisão a que a equipe médica chegou, seja pela remoção, seja por sua contraindicação, garantindo-se, sempre, o melhor interesse do **BENEFICIÁRIO** e sua segurança clínica. A **AMIL** vai esclarecer o **BENEFICIÁRIO** sobre os riscos, os benefícios, as alternativas e as implicações físicas de remoção, registrando esses esclarecimentos, bem como colhendo o "de acordo" do **BENEFICIÁRIO** ou de seu responsável legal na ficha de transporte.

7.1.7 – Quando a avaliação do médico resgatador indicar que a remoção deverá ser feita por transporte básico, assim entendido aquele realizado sem a presença de médico resgatador, apenas de enfermeiro, e se, durante a avaliação do **BENEFICIÁRIO**, se verificar a necessidade de suporte avançado, o enfermeiro entrará em contato com o apoio médico para que seja definido o melhor procedimento a ser seguido.

7.1.7.1 – Para fins deste item, compreende-se como suporte avançado aquele realizado com a presença de um médico e um enfermeiro em ambulância qualificada com UTI móvel.

7.1.8 – O serviço do **AMIL RESGATE** será considerado completo com a internação do **BENEFICIÁRIO** no hospital de destino.

8 | Cláusula Oitava

DO PREÇO

8.1 – O preço do anexo **AMIL RESGATE** será cobrado do **BENEFICIÁRIO** Titular, conforme preço na Tabela de Vendas da **AMIL**, vigente na data da adesão ao produto **AMIL RESGATE**.

8.2 – Os reajustes aplicáveis e as multas moratórias, assim como penalidades como suspensão ou cancelamento por falta de pagamento, são os mesmos indicados no contrato, de que o presente anexo é parte.

9 | Cláusula Nona

DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1 – Aplicam-se a este anexo todas as disposições do contrato firmado entre a **CONTRATANTE** e a **AMIL** que não sejam com este anexo incompatíveis.

9.2 – A nomenclatura médica de doenças a que se refere este anexo segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão (CID 10), da Organização Mundial da Saúde (OMS).

9.3 – A autorização, por parte da AMIL, de eventos não previstos em contrato ou excluídos deste anexo não confere ao **BENEFICIÁRIO** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de cobertura deste instrumento, caracterizando mera liberalidade da **AMIL**.

9.4 – O **BENEFICIÁRIO** tem ciência de que deverá entrar em contato prévio com a **AMIL**, por intermédio de um de seus canais de atendimento, antes de apresentar qualquer reclamação perante qualquer órgão regulador ou de distribuir qualquer ação judicial que verse sobre o objeto do presente aditivo, a fim de que se busque uma solução amigável para seu pleito.

9.5 – A tolerância ou a demora por parte da **AMIL** em exigir do **BENEFICIÁRIO** o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas ou, ainda, o silêncio da **AMIL** quanto a tais questões não será considerado novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

9.6 – Não se admite a presunção de que as partes têm conhecimento de circunstâncias que não constem deste anexo ou de comunicação posterior por escrito.

9.7 – Extinto o anexo **AMIL RESGATE** e permanecendo em vigência o contrato de assistência médica, voltarão a prevalecer todas as cláusulas e condições daquele instrumento que eventualmente tiverem sido substituídas pelas disposições específicas deste anexo.

ANEXO
Amil Resgate

Black e Amil One S2500

Serviço disponível no Produto

O presente anexo tem por objeto a prestação do serviço denominado **AMIL RESGATE** aos **BENEFICIÁRIOS** de um dos planos privados de assistência médico-hospitalar operados pela **AMIL** e elegíveis à contratação do serviço. Nele estão as principais regras que devem ser observadas por todos os que adquirirem o **AMIL RESGATE** e/ou utilizarem suas funcionalidades.

Como condição para acesso aos serviços objeto deste anexo, a **CONTRATANTE** declara que fez a leitura completa e atenta das regras deste documento, estando plenamente ciente quanto a seus termos e conferindo sua livre e expressa concordância com o conteúdo aqui estipulado. Declara a **CONTRATANTE**, ainda, que deu publicidade às presentes condições gerais à massa de **BENEFICIÁRIOS** a ela vinculada.

Definições

As expressões utilizadas neste anexo terão os seguintes significados:

Área geográfica de abrangência do serviço – região onde a **AMIL** comercializa e opera o serviço **AMIL RESGATE** e onde está obrigada a garantir as coberturas e os procedimentos nos termos da cláusula terceira;

BENEFICIÁRIO – pessoa física, titular ou dependente, vinculada ao contrato de assistência médica e hospitalar (contrato) celebrado com a **AMIL** e incluído em um dos planos de saúde elegíveis à contratação do presente serviço;

Cobertura – corresponde aos serviços, procedimentos e atendimentos a que faz jus o **BENEFICIÁRIO**, garantindo-se que foram obedecidas as regras expressamente estabelecidas neste anexo;

Condição médica "não abordada" – situações e/ou injúrias capazes de colocar em risco a vida do **BENEFICIÁRIO** que ainda não tenham sido (i) abordadas por um médico e/ou equipe multiprofissional; (ii) resolvido, parcial ou totalmente, o evento que mantém o **BENEFICIÁRIO** em instabilidade e/ou risco de morte iminente. Para efeito dessa definição, todas as situações de emergência são condições médicas não abordadas;

Contrato – refere-se ao contrato de assistência médica e hospitalar celebrado entre a **CONTRATANTE** e a **AMIL**;

Emergência – situação que implica risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o **BENEFICIÁRIO**, como tal caracterizada em declaração do médico do hospital de origem;

Urgência – situação que decorre de acidentes pessoais, agravamento de tratamento médico que possa ocasionar a perda de funções, órgãos ou membros ou complicação no processo gestacional e que dependa de uma resposta adequada para o tratamento do **BENEFICIÁRIO**.

1 | Cláusula Primeira

OBJETO

1.1 – O presente anexo tem por objeto estabelecer as principais regras, condições, exclusões de cobertura e limites da prestação do serviço de transporte aeromédico **AMIL RESGATE**, de acordo com as especificações estabelecidas nas cláusulas a seguir.

1.2 – Compreendem-se como o serviço **AMIL RESGATE** a prestação do serviço de resgate terrestre, aéreo ou aeroterrestre de pessoa, assim entendido o traslado, de um hospital qualquer no Brasil para outro hospital qualquer no Brasil, de **BENEFICIÁRIO** cujo estado de saúde, por sua gravidade, seja considerado de urgência, conforme disposto na cláusula terceira, comprovado tal estado de saúde por declarações do médico no hospital de origem e/ou do médico resgatador, conforme o disposto nas cláusulas terceira e quarta.

1.2.1 – Serão obrigatoriamente incluídos no anexo **AMIL RESGATE** o **BENEFICIÁRIO** Titular e todos os seus dependentes, podendo tal inclusão ser feita no momento da assinatura do contrato, na data de aniversário do contrato ou em épocas que venham a ser definidas pela **AMIL**.

1.3 – Os serviços do **AMIL RESGATE** estão sujeitos a limitações de cunho (i) médico, como – mas não se limitando a – a falta de condições clínicas apresentadas pelo **BENEFICIÁRIO** para a remoção; (ii) não médico, como – mas não se limitando a – condições climáticas adversas, situações táticas ou estratégicas que impeçam outras remoções concomitantes, conforme disposto nas cláusulas terceira e quarta, entre outras.

1.4 – Sem prejuízo das exclusões contratuais, que estão mais detalhadas e são objeto da cláusula quinta, e das contraindicações para o transporte, conforme o item 4.6, **NÃO ESTÃO CONTEMPLADOS** pelo objeto deste anexo:

1.4.1 – A prestação de serviços a pessoas que não sejam **BENEFICIÁRIOS** vinculados a um dos planos de saúde elegíveis operados pela AMIL ou que não cumpram as condições de elegibilidade da cláusula segunda;

1.4.2 – Serviço de resgate a **BENEFICIÁRIOS** (i) cuja condição médica seja considerada de emergência não tratada; (ii) cujas condições médicas contraindiquem o transporte ou (iii) cuja condição médica não seja consenso entre o médico no hospital de origem e o médico resgatador;

1.4.3 – Atendimento, cobertura ou reembolso de despesas realizadas no exterior;

1.4.4 – Custos e despesas realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** no hospital de origem ou no hospital de destino quando um dos hospitais ou ambos não pertencerem à rede credenciada da **AMIL** para o plano a que estiver vinculado o **BENEFICIÁRIO**.

1.4.4.1 – Caso o hospital de origem ou o hospital de destino não pertença à rede credenciada **AMIL** para o plano do **BENEFICIÁRIO**, este será o único responsável pelos custos e despesas médicas relativos à internação no referido hospital e/ou pelas despesas médicas que não tiverem relação exclusiva com o serviço **AMIL RESGATE**.

2 | Cláusula Segunda

ELEGIBILIDADE

2.1 – Poderão contratar os serviços previstos no presente instrumento as pessoas jurídicas que tenham adquirido um dos planos de saúde coletivos empresariais elegíveis, conforme disposto no item 2.1.1, e que cumpram, cumulativamente, as seguintes condições:

(i) estejam com seu plano de saúde ativo no cadastro da **AMIL**;

(ii) não estejam com pagamento(s) de contraprestação(ões) pecuniária(s) (mensalidades) em atraso, obedecidas as normas pertinentes ao contrato principal;

(iii) leiam e aceitem os termos deste anexo.

2.1.1 – São considerados elegíveis à contratação do serviço previsto no presente instrumento as **CONTRATANTES** dos produtos denominados **Black e Amil One S2500**.

2.2 – Serão obrigatoriamente incluídos no presente anexo os **BENEFICIÁRIOS** Titulares vinculados à **CONTRATANTE** e todos os seus dependentes, podendo tal inclusão ser feita no momento da assinatura do contrato entre a **AMIL** e a empresa **CONTRATANTE**, na data de sua inclusão no plano de saúde ou em épocas que venham a ser definidas pela **AMIL**.

3 | Cláusula Terceira

ÁREA GEOGRÁFICA E DE ABRANGÊNCIA

3.1 – O serviço **AMIL RESGATE** será prestado aos **BENEFICIÁRIOS** elegíveis localizados em um hospital qualquer no Brasil para outro hospital qualquer no Brasil e levará em consideração, além das condições médicas do **BENEFICIÁRIO**, as condições físicas do transporte, conforme indicado na cláusula quarta, a seguir.

4 | Cláusula Quarta

COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1 – A cobertura se dará nos limites deste anexo e será assegurada independentemente do local de origem do evento, desde que a remoção se dê de hospital para hospital, ambos localizados em território nacional.

4.2 – Os serviços do **AMIL RESGATE** somente serão prestados se cumpridas, cumulativamente, as condições físicas do transporte, indicadas no item 4.6, e as condições médicas do **BENEFICIÁRIO** (item 4.7), desde que não configurada situação prevista como exclusão contratual, objeto da cláusula quinta.

4.3 – O alvo da prestação de serviços **AMIL RESGATE** é a saúde do ser humano, em benefício da qual a **AMIL** agirá com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, sempre adotando os seguintes critérios:

4.3.1 – Solicitação – deve ser feita pela família do **BENEFICIÁRIO** à **AMIL** para o transporte do **BENEFICIÁRIO**;

4.3.2 – Indicação – o médico do hospital de origem deve indicar a realização do transporte. O **BENEFICIÁRIO** somente será liberado pelo médico do hospital de origem, desde que respeitadas suas condições médicas (item 4.7);

4.3.3 – Disponibilidade – no momento da solicitação, deve haver disponibilidade de viatura aérea ou terrestre para o transporte, assim como de equipe médica;

4.3.4 – Condições de transporte – as condições climáticas, meteorológicas, de pista, de comunicação devem ser favoráveis ao transporte aéreo e não podem oferecer risco para a equipe de resgate, conforme detalhamento do item 4.6, a seguir.

4.4 – A ausência de estrutura e de condições tecnológicas e medicamentosas para o tratamento do **BENEFICIÁRIO** poderá ser considerada um fator de peso quando da avaliação risco-benefício para o transporte.

4.5 – Sempre que possível, os serviços do **AMIL RESGATE** levarão em consideração o binômio possibilidade x necessidade de tratamento, situação que, na medida do possível, será compartilhada com a família do **BENEFICIÁRIO**.

4.6 – CONDIÇÕES FÍSICAS DO TRANSPORTE

4.6.1 – A prestação de serviços de remoção entre hospitais dependerá, cumulativamente, das condições de saúde e estado do **BENEFICIÁRIO**, conforme indicado no item 4.7, abaixo, e também do disposto neste item:

4.6.1.1 – As remoções por helicóptero apenas poderão ocorrer durante o dia;

4.6.1.2 – As bases dos helicópteros resgatadores estão localizadas nas cidades do Rio de Janeiro (RJ) e de São Paulo (SP);

4.6.1.3 – Quando o hospital em que se encontra o **BENEFICIÁRIO** estiver localizado em um raio de até 300 km(trezentos quilômetros) de distância das bases dos helicópteros resgatadores, a remoção do **BENEFICIÁRIO** dar-se-á por helicóptero (resgate aéreo) e/ou por ambulância (resgate terrestre);

4.6.1.3.1 – A remoção do hospital de partida até um heliporto homologado pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) e do heliporto homologado pela ANAC até o hospital de destino será feita por ambulância;

4.6.1.4 – Quando o hospital em que se encontra o **BENEFICIÁRIO** estiver localizado à distância superior a 300km (trezentos quilômetros) das bases dos helicópteros resgatadores e desde que a cidade em que estejam localizados os hospitais de partida e de destino disponha de aeroporto homologado pela ANAC para receber o pouso de aeronave a jato de pequeno porte, a remoção do **BENEFICIÁRIO** não será realizada por helicóptero, mas por avião (resgate aéreo), diretamente pela **AMIL** ou por qualquer um de seus prestadores credenciados, devendo ser preenchidas as condições previstas neste anexo.

4.6.2 – Sob o ponto de vista das condições físicas do transporte, a utilização de resgate aéreo será determinada em razão do local onde se encontra o **BENEFICIÁRIO** e do cumprimento integral de todas as condições estabelecidas em regulamentação e instrução específica para esse tipo de serviço pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) para tráfego aéreo, especialmente no que se refere à autonomia da aeronave, tempo de deslocamento até a aeronave, necessidade de múltiplos pousos e disposições geográficas, além das condições de voo e pouso para cada tipo de aeronave.

4.6.3 – O traslado poderá ser realizado mediante combinação de transportes terrestre(ambulância) e aéreo (helicóptero e/ou aeronave) e dependerá de prévio agendamento perante a **AMIL**, conforme cláusula que trata da utilização.

4.6.4 – Quando houver necessidade de transferência do **BENEFICIÁRIO** de qualquer hospital em que este se encontre e (i) não estiverem presentes as condições físicas de transporte(indisponibilidade de equipe ou de equipamento, por exemplo), de modo que se configure qualquer impedimento para a remoção naquele momento, ou (ii) se apure a presença de motivo de força maior (como alagamento na região, catástrofe etc.), o **BENEFICIÁRIO** será mantido no hospital de origem, onde receberá todo o cuidado necessário e disponível, até que, finalmente, seja possível realizar a remoção.

4.7 – CONDIÇÕES MÉDICAS DO BENEFICIÁRIO

4.7.1 – Além do preenchimento das condições previstas no item 4.6, anterior, os serviços do **AMIL RESGATE** somente poderão ser prestados aos **BENEFICIÁRIOS**, cujo estado de saúde seja considerado grave, assim apurado pelo médico do hospital de origem.

4.7.1.1 – A decisão relativa à remoção do **BENEFICIÁRIO** é um ato médico e será precedido de todos os cuidados necessários à preservação da vida e da saúde do **BENEFICIÁRIO**.

4.7.1.2 – A decisão do médico no hospital de origem prevalecerá quanto à indicação ou contraindicação da remoção, no que se refere ao quadro clínico do **BENEFICIÁRIO**.

4.7.1.3 – Havendo indicação para a remoção por parte do médico no hospital de origem, o médico resgatador designado para a remoção, igualmente, apurará, com o médico do hospital de origem, a necessidade e a possibilidade de remoção do **BENEFICIÁRIO**, avaliando, ainda, quais recursos humanos e materiais são indispensáveis à execução do transporte de maneira segura e adequada, tendo em vista as premissas descritas no item 4.2.

4.7.1.4 – O médico resgatador avaliará (i) a situação e as condições fisiológicas do BENEFICIÁRIO; (ii) as possibilidades do hospital de origem e do transporte necessário para tratamento definitivo do **BENEFICIÁRIO**; (iii) o tempo de resposta necessário a situações de urgência; (iv) as condições da operação aeromédica; (v) as condições climáticas e de altitude; (vi) as possibilidades de evolução clínica durante e após a remoção do **BENEFICIÁRIO**, entre outros fatores específicos.

4.7.1.5 – A remoção somente será realizada se o médico resgatador aprová-la. Em caso de divergência entre o médico resgatador e o médico do hospital de origem, a remoção não poderá ser realizada.

4.7.2 – A condição médica do **BENEFICIÁRIO** poderá decorrer das seguintes situações de urgência, sem estar limitada a elas:

4.7.2.1 – Infarto agudo do miocárdio, com necessidade de cirurgia de revascularização de urgência, choque cardiogênico refratário ou arritmia ameaçadora à vida;

4.7.2.2 – Infarto agudo do miocárdio, com dor mantida e indicação de angioplastia de urgência;

4.7.2.3 – Aneurisma dissecante de aorta em fase aguda;

4.7.2.4 – Politraumatismo;

4.7.2.5 – Trauma cranioencefálico;

4.7.2.6 – Traumatismo raquimedular na fase aguda inicial;

4.7.2.7 – Traumatismo de face com distúrbio de ventilação;

4.7.2.8 – Traumatismo de face com lesão do globo ocular;

4.7.2.9 – Trauma torácico;

4.7.2.10 – Traumatismo de grandes vasos sanguíneos;

4.7.2.11 – Traumatismo abdominal;

4.7.2.12 – Traumatismo extenso de partes moles;

4.7.2.13 – Amputação traumática com possibilidade de reimplante;

4.7.2.14 – Choque traumático;

4.7.2.15 – Grandes queimaduras;

4.7.2.16 – Acidentes com eletricidade, com acometimento sistêmico;

4.7.2.17 – Asfixia por imersão (afogamento);

4.7.2.18 – Intoxicações exógenas involuntárias;

4.7.2.19 – Picada de animais peçonhentos.

4.7.3 – Ainda que o quadro médico do **BENEFICIÁRIO** esteja contemplado em uma ou mais condições médicas descritas anteriormente, a remoção somente será executada (i) quando for necessária ao tratamento definitivo do BENEFICIÁRIO; (ii) se for capaz de garantir uma condição clínica igual ou melhor que aquela apresentada pelo **BENEFICIÁRIO** no hospital de origem; (iii) quando houver consenso entre o médico do hospital de origem e o médico resgatador.

4.7.4 – **BENEFICIÁRIOS** que apresentarem as condições médicas especiais arroladas a seguir receberão tratamento diferenciado, a saber:

4.7.4.1 – **BENEFICIÁRIAS** gestantes em período expulsivo e gestantes no último trimestre de gestação somente serão removidas por transporte terrestre para hospitais com recursos adequados próximos do hospital de origem, não havendo remoção por via aérea nessas circunstâncias;

4.7.4.2 – **BENEFICIÁRIOS** com hemoglobina abaixo de 8 poderão ser removidos por transporte terrestre ou por helicóptero. Se a condição física do transporte indicar a remoção por aeronave, esta somente ocorrerá em aeronaves de asa fixa (avião), com cabine pressurizada;

4.7.4.3 –**BENEFICIÁRIOS** portadores de doenças infectocontagiosas só poderão ser transportados se a equipe de remoção estiver devidamente paramentada e preparada para tal;

4.7.4.4 – **BENEFICIÁRIOS** com aneurisma cerebral com sinais de sangramento ativo serão avaliados pelo médico resgatador, que verificará a instabilidade, o risco envolvido e o benefício esperado pelo procedimento de remoção;

4.7.4.5 – **BENEFICIÁRIOS** classificados como vulneráveis somente serão removidos com a presença de um acompanhante/ responsável no ato da remoção, observadas, para todos os fins, as regras referentes à disponibilidade de aeronaves, dispostas no item 3.6.4, salvo se o consenso entre o médico no hospital de origem e o médico resgatador demonstrar risco de agravamento da situação clínica do paciente em caso de demora na remoção;

4.7.4.5.1 – Entende-se como vulneráveis, para todos os fins, os **BENEFICIÁRIOS** menores de 18 anos e/ou as pessoas sem condições de tomar decisão.

5 | Cláusula Quinta

EXCLUSÕES CONTRATUAIS

5.1 – Estão expressamente excluídas do objeto do presente anexo e, consequentemente, da prestação de serviços pelo **AMIL RESGATE** as seguintes situações:

5.1.1 – Remoção de **BENEFICIÁRIOS** cuja condição médica represente risco de morte;

5.1.2 – Remoção de **BENEFICIÁRIOS** cuja condição médica configure emergência;

5.1.3 – Remoção de **BENEFICIÁRIOS** cuja condição médica seja considerada não transportável, assim classificada pelo médico resgatador, a quem cabe decidir in loco se o **BENEFICIÁRIO** é passível de transporte ou não, levando em consideração a avaliação técnica especializada, a relação risco-benefício de transportar o **BENEFICIÁRIO** e a configuração de situações que contraindicam o transporte.

Nessa situação, são considerados não transportáveis os seguintes **BENEFICIÁRIOS**:

(i) **BENEFICIÁRIOS** com pneumoencéfalo, pneumotórax, pneumopericárdio e pneumoperitônio não abordados;

(ii) **BENEFICIÁRIOS** com sangramento ativo (como hemorragia digestiva e hemoptise);

(iii) **BENEFICIÁRIOS** em hemotransfusão;

(iv) **BENEFICIÁRIOS** vítimas de acidentes com material radiativo;

(v) **BENEFICIÁRIOS** em óbito declarado.

5.1.4 – Prestação de serviços de atendimento pré-hospitalar (APH);

5.1.5 – Remoção de **BENEFICIÁRIOS** quando os pontos de partida ou destino não corresponderem a uma unidade hospitalar, ficando expressamente excluídas localidades como residências, escritórios, logradouro público, estradas e campos, entre outras;

5.1.6 – Remoção de **BENEFICIÁRIOS** que estiverem localizados em embarcações de qualquer natureza, ainda que tais embarcações disponham de unidade hospitalar ou ambulatorial, como navios e plataformas ultramarinas, entre outros;

5.1.7 – Remoções realizadas por terceiros não pertencentes à rede de serviços credenciados da **AMIL**;

5.1.8 – Cobertura ou reembolso de qualquer despesa relativa à internação hospitalar ou atendimento médico diverso do transporte aeromédico contemplado no serviço **AMIL RESGATE** aéreo, seja no hospital de partida, seja no hospital de destino;

5.1.8.1 – As despesas médico-hospitalares incorridas pelo **BENEFICIÁRIO** nos hospitais de origem ou de destino somente serão cobertas pela **AMIL** se ele tiver direito a tais coberturas nos exatos termos do contrato, especialmente segundo os limites, de acordo com a rede credenciada específica do plano contratado;

5.1.8.2 – Em nenhuma hipótese, serão cobertos os custos e as despesas realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** no hospital de partida ou de destino quando esses hospitais não pertencerem à rede credenciada da **AMIL**. Nessa situação, o BENEFICIÁRIO será o único responsável pelos custos e pelas despesas médicas relativos à internação e às respectivas despesas médicas;

5.1.9 – **BENEFICIÁRIOS** que estejam em cumprimento de carência ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), decorrente de preexistência e conforme condições específicas do contrato;

5.1.10 – Cobertura ou reembolso de despesas realizadas no exterior;

5.1.11 – Cobertura ou reembolso de despesas com acompanhantes do **BENEFICIÁRIO**;

5.1.12 – Cobertura ou reembolso de despesas relativas ao retorno do **BENEFICIÁRIO** após a alta do hospital de destino.

5.2 – Dependerão de avaliação específica e de consenso entre o médico no hospital de origem e o médico resgatador, o qual avaliará a instabilidade do BENEFICIÁRIO, o risco envolvido e o benefício esperado pelo procedimento de remoção, os **BENEFICIÁRIOS** cuja condição médica esteja contemplada em cada uma das hipóteses abaixo:

(i) instabilidade hemodinâmica;

(ii) instabilidade ventilatória;

(iii) aneurismas dissecantes de aorta do tipo A ou B.

5.3 – A prestação do serviço **AMIL RESGATE** não será autorizada caso se constate qualquer divergência entre o médico no hospital de origem e o médico resgatador no que se refere à possibilidade de remoção, prevalecendo, em caso de divergência, o parecer técnico do médico resgatador.

6 | Cláusula Sexta

DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1 – O serviço **AMIL RESGATE** terá vigência na data da celebração do contrato principal ou, em caso de inclusão do **BENEFICIÁRIO**, em momento posterior à celebração do contrato principal, na data da inclusão.

6.2 – Na hipótese de extinção do contrato, este anexo será igualmente extinto.

7 | Cláusula Sétima

UTILIZAÇÃO

7.1 – Cumprido o prazo de 10 (dez) dias de carência por parte do **BENEFICIÁRIO**, os serviços do **AMIL RESGATE** poderão ser utilizados.

7.1.1 – A prestação do serviço do **AMIL RESGATE** será solicitada pelo médico do **BENEFICIÁRIO** no hospital de origem, mediante contato telefônico para a Central de Atendimento 24 horas **AMIL**, disponível pelos telefones 3004-1000 (capitais e regiões metropolitanas) e **0800-706-2363** (demais localidades).

7.1.2 – Ao receber o contato do médico do **BENEFICIÁRIO** – desde que presentes as condições de cobertura indicadas na cláusula terceira e não estando presente nenhuma situação prevista como exclusão contratual pela cláusula quarta –, a **AMIL** verificará a disponibilidade:

a) de viatura aérea ou terrestre para o transporte;

b) de equipe médica para o transporte;

c) das condições climáticas, meteorológicas, de pista, de comunicação favoráveis ao transporte aéreo e que não ofereçam risco para a equipe.

7.1.3 – Presentes as condições indicadas no item anterior, a **AMIL** destacarà uma equipe de apoio médico, que ficará responsável por realizar a avaliação das condições médicas e das condições de transporte do **BENEFICIÁRIO**, levando-se em consideração:

a) a indicação do médico do hospital de origem para a realização do transporte;

b) a ausência de estrutura e de condições tecnológicas e medicamentosas para o tratamento do **BENEFICIÁRIO** no hospital de origem;

c) caso a remoção não seja indicada no momento do requerimento, seja pela indisponibilidade de equipe médica resgatadora ou de equipamento, seja por motivo de força maior, como alagamento na região, catástrofe ou demais condições climáticas, ou, ainda, em razão das condições médicas apresentadas pelo **BENEFICIÁRIO**, este será mantido no hospital de origem, onde receberá os cuidados necessários e possíveis, até que a remoção seja possível.

7.1.4 – Realizados o primeiro contato e o protocolo de atendimento entre o médico no hospital de origem e a equipe de apoio médico e desde que aprovada a remoção após consenso entre essas duas equipes, a **AMIL** localizará, entre os hospitais que atendem ao padrão de acomodação definido em contrato, aqueles que dispõem de estrutura médica e leito vago para acolher o **BENEFICIÁRIO**.

7.1.5 – Sem prejuízo do consenso entre o médico do hospital de origem eadisponibilidade de leitos no hospital de destino, a **AMIL** avaliará, ainda, a presença de condições de transporte dos veículos, obedecendo-se sempre ao disposto no item 4.6. Apenas depois de verificado o cumprimento de todas as condições do **BENEFICIÁRIO** e do transporte, o consenso médico e a vaga no hospital é que se dará andamento à remoção.

7.1.6 – A **AMIL** comunicará ao **BENEFICIÁRIO** ou a seu responsável a decisão a que a equipe médica chegou, seja pela remoção, seja por sua contraindicação, garantindo-se, sempre, o melhor interesse do **BENEFICIÁRIO** e sua segurança clínica. A **AMIL** vai esclarecer o BENEFICIÁRIO sobre os riscos, os benefícios, as alternativas e as implicações físicas de remoção, registrando esses esclarecimentos, bem como colhendo o "de acordo" do **BENEFICIÁRIO** ou de seu responsável legal na ficha de transporte.

7.1.7 – Quando a avaliação do médico resgatador indicar que a remoção deverá ser feita por transporte básico, assim entendido aquele realizado sem a presença de médico resgatador, apenas de enfermeiro, e se, durante a avaliação do **BENEFICIÁRIO**, se verificar a necessidade de suporte avançado, o enfermeiro entrará em contato com o apoio médico para que seja definido o melhor procedimento a ser seguido.

7.1.7.1 – Para fins deste item, compreende-se como suporte avançado aquele realizado com a presença de um médico e um enfermeiro em ambulância qualificada com UTI móvel.

7.1.8 – O serviço do **AMIL RESGATE** será considerado completo com a internação do **BENEFICIÁRIO** no hospital de destino.

8 | Cláusula Oitava

DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1 – Aplicam-se a este anexo todas as disposições do contrato firmado entre a **CONTRATANTE** e a **AMIL** que não sejam com este anexo incompatíveis.

8.2 – A nomenclatura médica de doenças a que se refere este anexo segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão (CID 10), da Organização Mundial da Saúde (OMS).

8.3 – A autorização, por parte da **AMIL**, de eventos não previstos em contrato ou excluídos deste anexo não confere ao **BENEFICIÁRIO** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de cobertura deste instrumento, caracterizando mera liberalidade da **AMIL**.

8.4 – O **BENEFICIÁRIO** tem ciência de que deverá entrar em contato prévio com a **AMIL**, por intermédio de um de seus canais de atendimento, antes de apresentar qualquer reclamação perante qualquer órgão regulador ou de distribuir qualquer ação judicial que verse sobre o objeto do presente anexo, a fim de que se busque uma solução amigável para seu pleito.

8.5 – A tolerância ou a demora por parte da **AMIL** em exigir do **BENEFICIÁRIO** o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas ou, ainda, o silêncio da **AMIL** quanto a tais questões não serão consideradas novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

8.6 – Não se admite a presunção de que as partes têm conhecimento de circunstâncias que não constem deste anexo ou de comunicação posterior por escrito.

8.7 – Extinto o anexo **AMIL RESGATE** e permanecendo em vigência o contrato de assistência médica, voltarão a prevalecer todas as cláusulas e condições daquele instrumento que eventualmente tiverem sido substituídas pelas disposições específicas deste anexo.

ANEXO
Assistência de Urgência e Emergência Nacional

Bronze SP, Bronze RJ, Bronze SP Mais, Bronze RJ Mais, Bronze DF e Bronze PR

Serviço disponível no Produto

O presente anexo tem por objeto a prestação do serviço denominado **Assistência de Urgência e Emergência Nacional** aos **BENEFICIÁRIOS** de um dos planos privados de assistência médico-hospitalar coletivo empresarial operados pela **AMIL** e elegíveis à utilização do presente serviço. Nele estão as principais regras que devem ser observadas por todos os que adquirirem o serviço e/ou utilizarem suas funcionalidades.

Os serviços objeto deste Anexo são prestados por empresa de serviços contratada pela **AMIL** para este fim.

Como condição para acesso a estes serviços, a **CONTRATANTE** declara que fez a leitura completa e atenta das regras deste documento, estando plenamente ciente quanto a seus termos e conferindo sua livre e expressa concordância com o conteúdo aqui estipulado. Declara a **CONTRATANTE**, ainda, que deu publicidade quanto às presentes Condições Gerais à massa de **BENEFICIÁRIOS** a ela vinculada.

Definições

Para todos os efeitos deste anexo, deverão ser observados os seguintes conceitos:

Evento Previsto – é a urgência decorrente de acidente ou enfermidade, de natureza súbita, involuntária e imprevista, que possa prejudicar a expectativa de vid e/ou as funções orgânicas do **BENEFICIÁRIO**;

Acidente – é todo evento com data caracterizada, provocado única e diretamente por causa externa, súbita e violenta, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessário o atendimento médico;

Enfermidade – estado patológico agudo, que necessite de intervenção médica, clínica ou cirúrgica, com ou sem investigação laboratorial e/ou radiológica emergencial. A intervenção médica ou cirúrgica nas condições supracitadas deverá estar devidamente comprovada e justificada através de laudo médico detalhado, por escrito;

Urgência – absoluta ou relativa;

Urgência Absoluta (emergência) – toda enfermidade que necessite de intervenção médica, clínica ou cirúrgica, dentro das 24 (vinte e quatro) horas subsequentes à enfermidade vigente e que disso dependa o prognóstico vital e/ou funcional do **BENEFICIÁRIO**;

Urgência Relativa – toda enfermidade que necessite de intervenção médica, clínica ou cirúrgica, com ou sem investigação laboratorial e/ou radiológica, que deva ser realizada impreterivelmente antes do retorno do **BENEFICIÁRIO** ao seu município de domicílio. A intervenção médica ou cirúrgica nas condições supracitadas deverá estar devidamente comprovada e justificada através de laudo médico detalhado, por escrito, de forma a demonstrar que da referida intervenção dependem a expectativa de vida e/ou as funções orgânicas do **BENEFICIÁRIO**;

Procedimentos Eletivos – procedimentos médicos programados, ou seja, não são considerados de urgência ou emergência;

Âmbito Territorial – os serviços serão disponibilizados sempre que o **BENEFICIÁRIO** estiver fora do local de cobertura do seu plano de saúde e desde que dentro do território brasileiro.

1 | Cláusula Primeira

OBJETO

1.1 – O presente anexo tem por objeto a assistência para o primeiro atendimento médico em caso de urgência e emergência dos **BENEFICIÁRIOS** da **CONTRATANTE** fora da região de cobertura do seu plano e dentro do território nacional.

1.2 – Os serviços dispostos neste anexo não serão disponibilizados quando os **BENEFICIÁRIOS** estiverem dentro do âmbito de cobertura do seu plano de assistência à saúde ou para atendimentos caracterizados como eletivos, sejam eles de internação, cirurgia, consulta, exames e os demais atendimentos não emergenciais.

2 | Cláusula Segunda

ELEGIBILIDADE

2.1 – Terão direito aos serviços previstos no presente instrumento as pessoas jurídicas que tenham adquirido um dos planos de saúde coletivos empresariais elegíveis, conforme disposto no item 2.1.1, e que cumpram, cumulativamente, as seguintes condições:

(i) possuam até 99 (noventa e nove) vidas vinculadas ao contrato firmado com a AMIL;

(ii) não estejam com o pagamento de mensalidade(s) em atraso, obedecidas as normas pertinentes ao contrato principal;

(iii) leiam e aceitem os termos deste anexo.

2.1.1 – São consideradas elegíveis ao serviço previsto no presente instrumento as **CONTRATANTES** dos produtos denominados **Bronze SP, Bronze RJ, Bronze SP Mais, Bronze RJ Mais, Bronze DF e Bronze PR**.

2.2 – Serão obrigatoriamente incluídos no presente anexo os **BENEFICIÁRIOS** Titulares vinculados à **CONTRATANTE** e todos os seus dependentes, podendo tal inclusão ser feita no momento da assinatura do contrato entre a **AMIL** e a empresa **CONTRATANTE**, na data de sua inclusão no plano de saúde ou em épocas que venham a ser definidas pela **AMIL**.

3 | Cláusula Terceira

ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1 – Estão cobertos no presente anexo os atendimentos de urgência e emergência em território nacional, desde que fora da região de cobertura do plano contratado.

4 | Cláusula Quarta

COBERTURAS

4.1 – Assistência médico-hospitalar

4.1.1 – Caso o **BENEFICIÁRIO** necessite de atendimento médico, em decorrência de evento previsto, a central de assistência organizará a prestação do serviço, desde que tenha sido solicitada a prévia intermediação da central de assistência para a indicação e coordenação do serviço de assistência médica.

4.1.2 – Os valores serão pagos diretamente ao prestador de serviço indicado pela central de assistência para a cobertura das despesas com profissionais da área médica, diárias hospitalares, serviços de enfermagem, exames médicos complementares e medicamentos utilizados no atendimento relativos ao evento relatado à central de assistência.

4.1.3 – O **BENEFICIÁRIO** terá direito a um médico especialista (em situaçõees de emergência devidamente caracterizadas), sem antes ter sido examinado por um médico clínico geral, quando houver autorização da equipe médica da central de assistência, respeitadas as limitações locais.

4.1.4 – Serão cobertos os custos de exames de esclarecimento diagnóstico de enfermidades agudas, quando comprovada a necessidade, de acordo com critérios clínicos, cujo resultado venha a auxiliar a tomada de decisões da equipe de assistência, interferindo diretamente na expectativa de vida e/ou nas funções orgânicas do **BENEFICIÁRIO**.

4.1.5 – As intervenções cirúrgicas terão cobertura quando delas dependerem a expectativa de vida e/ou funcional do **BENEFICIÁRIO**, devendo ser previamente autorizadas pela equipe médica da central de assistência.

4.2 – Translado Médico

4.2.1 – A central de assistência providenciará o translado de regresso do **BENEFICIÁRIO**, imediatamente após a alta médica, indicando as condições especiais de transporte, ao seu local de origem, onde se deu o acionamento do serviço, ou ao seu domicílio, caso este não se encontre em condições de retornar como passageiro regular por motivo de acidente pessoal ou enfermidade prevista neste documento.

4.2.2 – Caso não seja necessária a utilização de ambulância ou qualquer tipo de cuidado médico/enfermagem para transporte do **BENEFICIÁRIO** até o local de atendimento, conforme avaliação da equipe médica da central de assistência, será disponibilizado o serviço de táxi para transporte do **BENEFICIÁRIO** e de até 1 (um) acompanhante.

Se, em caso de evento previsto, o **BENEFICIÁRIO** estiver internado em um hospital e, por recomendação médica, necessitar ser removido para outro hospital com condições adequadas ao seu quadro clínico, a central de assistência providenciará a transferência do **BENEFICIÁRIO** para o hospital indicado pela equipe médica, pelo meio de transporte indicado, desde que esteja disponível na região e dentro do limite de cobertura.

5 | Cláusula Quinta

UTILIZAÇÃO

5.1 – A prestação do serviço de assistência deverá ser solicitada diretamente pelo **BENEFICIÁRIO** ou, em caso de impossibilidade, por terceiros em seu nome, sempre que houver necessidade de atendimento médico de urgência e emergência no Brasil, fora da região de cobertura do plano de saúde, mediante contato telefônico feito para a central de assistência 24 horas, disponível pelos números **0800 777 9147** e **11 2871 5142**.

5.2 – Excepcionalmente nos casos de emergência, cujo risco potencial de morte requeira que a assistência seja efetuada dentro de um prazo exíguo, que impossibilite o acionamento prévio da central de assistência, o **BENEFICIÁRIO** poderá recorrer a médicos e serviços não indicados pela central de assistência. Nessa situação, ela deverá ser informada logo que o **BENEFICIÁRIO** seja internado ou ANTES DA ALTA HOSPITALAR, para que as despesas de atendimento do hospital sejam arcadas diretamente pela central de assistência.

5.3 – A utilização do serviço estará condicionada ao cumprimento do prazo de carência por parte do **BENEFICIÁRIO**, conforme disposto no contrato principal.

6 | Cláusula Sexta

VIGÊNCIA

6.1 – O serviço estará disponível para os **BENEFICIÁRIOS** que já estiverem vinculados a um dos planos de saúde elegíveis no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis.

6.2 – Na hipótese de extinção do contrato principal, este anexo será igualmente extinto.

7 | Cláusula Sétima

DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 – Autorizações: ao aderir ao serviço, a **CONTRATANTE** autoriza a **AMIL** a (i) gerir, administrar, prestar serviços, ampliar seu âmbito de atuação e aprimorar a prestação de serviços; (ii) coletar, utilizar e divulgar os dados pessoais dos **BENEFICIÁRIOS** exclusivamente para os fins previstos neste anexo, mas também divulgar informações relativas a seu vínculo contratual com a **CONTRATANTE**, atender as exigências das autoridades judiciais ou administrativas contidas em ordens devidamente fundamentadas.

7.2 – É responsabilidade da **CONTRATANTE** oferecer, sempre que solicitada pelo **BENEFICIÁRIO**, cópia do presente anexo.

7.3 – A **AMIL** reserva-se o direito de modificar as presentes Condições Gerais a qualquer momento, independentemente de prévio aviso, por motivo de força maior ou por qualquer outro motivo que esteja fora do controle de ambas e que comprometa a sua realização, respeitando-se, em qualquer hipótese, o direito do **BENEFICIÁRIO** de usufruir do benefício até o fim de sua vigência mensal.

7.4 – As partes acordam que o ônus das demandas administrativas ou judiciais, decorrente de atos de responsabilidade de cada uma delas, nos termos de suas obrigações legais e regulamentares, será por cada qual suportado, sendo certo, ainda, que, quando juridicamente possível, a parte que foi demandada judicialmente por ato que não seja de sua responsabilidade deverá comunicar à outra parte para que: (i) compareça espontaneamente em juízo ou perante a autoridade competente, reconhecendo sua condição de única e exclusiva responsável, bem como forneça à outra parte toda a documentação solicitada, necessária para garantir sua defesa; e (ii) se possível, substitua a parte demandada na ação administrativa ou judicial.

7.5 – Em caso de extinção, cancelamento ou rescisão do contrato de assistência médica entre a **CONTRATANTE** e a **AMIL**, este contrato será cancelado, qualquer que tenha sido a razão do cancelamento.

7.6 – A **AMIL** ficará sub-rogada em todos os direitos e ações da **CONTRATANTE** contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tenham causado prejuízos à **AMIL** ou para eles tenham concorrido, obrigando-se a **CONTRATANTE** a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

7.7 – Não se admite a presunção de que as partes têm conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato ou de comunicação posterior por escrito.

7.8 – A tolerância ou a demora, por parte da **AMIL**, em exigir da **CONTRATANTE** o cumprimento de quaisquer obrigações aqui previstas ou, ainda, o silêncio da **AMIL** quanto a tais questões não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

7.9 – Aplicam-se a este anexo todas as disposições do contrato firmado entre a **CONTRATANTE** e a **AMIL** que não sejam com este incompatíveis.

ANEXO
Coberturas Adicionais

Prata, Ouro, Platinum, Platinum Mais, Black,
Amil S380, Amil S450, Amil S750 e Amil One S2500

Serviço Disponível no Produto

Apresentação

Neste documento, são apresentadas as **Coberturas Adicionais** disponíveis de acordo com cada um dos produtos indicados no tema "Coberturas e Procedimentos Adicionais Garantidos", do presente ANEXO.

As coberturas adicionais referem-se àquelas que excedem as previsões da Lei nº 9.656/98 e/ou das coberturas dispostas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e seus anexos, emitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e serão prestadas sempre que se verificar a ocorrência de riscos previstos e cobertos pelo contrato e por este instrumento, desde que o evento não se enquadre como "risco excluído" ou "não coberto".

A **CONTRATANTE** declara conhecer e aceitar os termos deste anexo, em especial quando ele tratar de cláusulas limitativas que se encontram dispersas ao longo do texto.

O **BENEFICIÁRIO** poderá utilizar as coberturas adicionais durante o prazo de vigência do contrato e dentro da área geográfica de abrangência indicada no Quadro-Resumo/ Proposta Contratual.

Além das coberturas previstas na cláusula quarta do Contrato de Assistência Médica e Hospitalar Coletivo Empresarial, serão asseguradas ao **BENEFICIÁRIO**, independentemente do local de origem do evento e de acordo com as características do plano indicado no Quadro-Resumo/ Proposta Contratual, com os limites e as regras de reembolso, nos planos que preveem essa modalidade, as seguintes coberturas adicionais.

I | Coberturas e Procedimentos Adicionais Garantidos

1 – Cobertura adicional disponível para os produtos **Prata, Ouro, Platinum, Platinum Mais, Black, Amil S380, Amil S450, Amil S750** e **Amil One S2500**.

1.1 – Cobertura dos transplantes de fígado, pâncreas, coração, pulmão, cardiopulmonar e pâncreas-rins, além daqueles previstos no Rol da ANS, e para as despesas hospitalares com doador vivo, desde que identificada a compatibilidade sanguínea.

2 – Cobertura adicional disponível para os produtos **Platinum, Platinum Mais, Black, Amil S750** e **Amil One S2500**.

2.1 – Cobertura para escleroterapia, na rede credenciada, limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato para os produtos **Platinum, Platinum Mais, Black, Amil S750** e **Amil One S2500**. Ou por meio de reembolso, limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato para os produtos **Amil S750 e Amil One S2500**.

2.2 – Cobertura para cirurgia oftalmológica refrativa, independentemente do grau de refração, para os produtos **Platinum, Platinum Mais, Amil S750, Black e Amil One 2500** na rede credenciada ou por meio de reembolso dentro dos limite contratuais do plano e tabela de reembolso.

3 – Cobertura adicional disponível para os produtos **Black** e **Amil One S2500**.

3.1 – Cobertura para vacinas, de acordo com o Calendário Oficial do Ministério da Saúde, a ser realizada na rede credenciada ou por meio de reembolso, conforme a tabela vigente na época.

3.1.1 – A cobertura da vacina Palivizumabe será garantida aos recém nascidos pré-termo extremos, na rede credenciada ou por meio de reembolso dentro dos limites contratuais do plano, que será pago de acordo com a tabela de reembolso vigente na época.

4 – Cobertura adicional disponível para os produtos **Black** e **Amil One S2500**.

4.1 – Cobertura de coleta domiciliar para a realização de exames laboratoriais nas cidades de São Paulo/SP, Campinas/SP, Recife/PE, Curitiba/PR, Rio de Janeiro/RJ, Distrito Federal, Natal/RN e Fortaleza/CE.

5 – Coberturas adicionais disponíveis EXCLUSIVAMENTE para os produtos **Black** e **Amil One S2500**:

5.1 – Vacinas obrigatórias para realização de viagem, a ser fornecida na rede credenciada.

5.2 - Cobertura para hidroterapia (patologias ortopédicas), na rede credenciada, limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato.

5.3 - Cobertura para drenagem linfática pós-parto (até 30 dias contados da alta hospitalar), na rede credenciada, limitada a 03 (sessões) por ano de contrato.

II | Ratificação

Ficam ratificadas todas as disposições do Contrato de Assistência Médica e Hospitalar Coletivo Empresarial que não tiverem sido alteradas pelo presente ANEXO.

ANEXO – Orientação em Saúde 24 Horas e Atendimento Médico Pré-hospitalar

Bronze SP, Bronze RJ, Bronze SP Mais, Bronze RJ Mais, Bronze DF, Bronze PR, Prata, Ouro, Platinum, Platinum Mais, Amil S380, Amil S450 e Amil S750

Serviço disponível para contratação

O presente anexo tem por objeto a prestação do serviço **denominado Orientação em Saúde 24 Horas e Atendimento Médico Domiciliar Pré-hospitalar** aos **BENEFICIÁRIOS** vinculados a um dos planos privados de assistência médico-hospitalar coletivo empresarial operados pela **AMIL** e elegíveis à contratação do serviço. Nele estão as principais regras que devem ser observadas por todos os que adquirirem o serviço e/ou utilizarem suas funcionalidades.

Os serviços objeto deste Anexo são prestados por empresa de serviços contratada pela **AMIL** para este fim.

Como condição para acesso a estes serviços, a **CONTRATANTE** declara que fez a leitura completa e atenta das regras deste documento, estando plenamente ciente quanto a seus termos e conferindo sua livre e expressa concordância com o conteúdo aqui estipulado. Declara a **CONTRATANTE**, ainda, que deu publicidade quanto às presentes Condições Gerais à massa de **BENEFICIÁRIOS** a ela vinculada.

Definições

As expressões utilizadas neste anexo terão os seguintes significados:

Atendimento pré-hospitalar – é o serviço de atendimento pré-hospitalar originado por situações clínicas de urgência e emergência que requeiram atendimento médico imediato, sendo este iniciado no local onde o paciente se encontra. Se houver indicação médica, sua remoção para uma unidade hospitalar com recursos apropriados ocorrerá, sendo garantido, se necessário, o acompanhamento médico durante a remoção;

BENEFICIÁRIO – pessoa física, titular ou dependente, vinculada ao Contrato de Assistência Médica e Hospitalar ("contrato") celebrado entre a **AMIL** e a **CONTRATANTE** e incluída em um dos planos de saúde elegíveis à contratação do presente serviço;

Cobertura – corresponde aos serviços, procedimentos e atendimentos a que faz jus o BENEFICIÁRIO, com a garantia de que foram obedecidas as regras expressamente estabelecidas neste anexo;

Contrato – refere-se ao Contrato de Assistência Médica e Hospitalar celebrado entre a **CONTRATANTE** e a **AMIL**;

Emergência – situação que implica risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o **BENEFICIÁRIO**, como tal caracterizada conforme declarado pelo médico regulador;

Urgência – situação que decorre de acidentes pessoais, agravamento de tratamento médico, que pode ocasionar a perda de funções, órgãos ou membros ou complicação no processo gestacional e que dependa de uma resposta adequada para o tratamento do **BENEFICIÁRIO**.

1 | Cláusula Primeira

OBJETO

1.1 – O presente anexo tem por objeto estabelecer as principais regras, condições, exclusões de cobertura e limites da prestação do serviço de orientação em saúde 24 (vinte e quatro) horas e o atendimento médico domiciliar pré-hospitalar, de acordo com as especificações estabelecidas nas cláusulas a seguir.

2 | Cláusula Segunda

ELEGIBILIDADE

2.1 – Terão direito aos serviços previstos no presente instrumento as pessoas jurídicas que tenham adquirido um dos planos de saúde coletivos empresariais elegíveis, conforme disposto no item 2.1.1, e que cumpram, cumulativamente, as seguintes condições:

(i) possuam até 99 (noventa e nove) vidas vinculadas ao contrato firmado com a **AMIL**;

(ii) não estejam com o pagamento de mensalidade(s) em atraso, obedecidas as normas pertinentes ao contrato principal;

(iii) leiam e aceitem os termos deste anexo.

2.1.1 – São consideradas elegíveis à contratação do serviço previsto no presente instrumento as **CONTRATANTES** dos produtos denominados **Bronze SP, Bronze RJ, Bronze SP Mais, Bronze RJ Mais, Bronze DF, Bronze PR, Prata, Ouro, Platinum, Platinum Mais, Amil S380, Amil S450** e **Amil S750**.

2.2 – Serão obrigatoriamente incluídos no presente anexo os **BENEFICIÁRIOS** Titulares vinculados à **CONTRATANTE** e todos os seus dependentes, podendo tal inclusão ser feita no momento da assinatura do contrato entre a **AMIL** e a empresa **CONTRATANTE**, na data de sua inclusão no plano de saúde ou em épocas que venham a ser definidas pela **AMIL**.

3 | Cláusula Terceira

SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO EM SAÚDE 24 HORAS

3.1 – Para a prestação do serviço de Orientação em Saúde 24 Horas, a **CONTRATADA**, por meio de seu parceiro, disponibilizará profissionais de saúde qualificados para prestar aos **BENEFICIÁRIOS** informações técnicas acerca de enfermidades e especialidades médicas, orientação sobre tratamentos e procedimentos médicos adequados, inclusive em casos de doenças crônicas, e condutas de primeiros socorros, além de esclarecimentos sobre dúvidas relacionadas com situações do cotidiano de caráter preventivo.

3.1.1 – O serviço engloba, ainda, a disponibilidade de informações a respeito do procedimento a ser seguido pelo **BENEFICIÁRIO** na obtenção da assistência médica mais adequada no menor espaço de tempo possível, promovendo, quando necessário, o encaminhamento para serviços móveis de atendimento de urgência/emergência, com observância dos limites estabelecidos pelo Código de Ética Médica.

3.1.2 – Não está englobado no serviço da central de atendimento nenhum tipo de prescrição médica, limitando-se o serviço única e exclusivamente ao previsto no presente instrumento.

4 | Cláusula Quarta

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DOMICILIAR PRÉ-HOSPITALAR

4.1 – O Serviço de Atendimento Médico Domiciliar Pré-hospitalar engloba o atendimento médico domiciliar de urgência e emergência 24 (vinte e quatro) horas, no local onde ocorrer a intercorrência, exceto em caso de acidente de trânsito, por meio de ambulância dotada de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Ambulância de Suporte Intermediário (SIV), limitado à área de abrangência de atendimento prevista na cláusula 5.2 e mediante a ativação por meio da central de atendimento. O serviço de Atendimento Médico Domiciliar Pré-hospitalar será prestado por empresa de serviço **CONTRATADA** para esse fim.

4.1.1 – O serviço visa à resolução da intercorrência no local do atendimento. Contudo, quando constatada, pelo médico regulador, a necessidade de continuidade do atendimento, o **BENEFICIÁRIO** será encaminhado para uma unidade hospitalar a ser indicada pela **AMIL**.

4.1.2 – O encaminhamento do **BENEFICIÁRIO** para a unidade hospitalar deverá ser realizado com a presença de um acompanhante, ressalvados os casos de risco iminente de morte e na impossibilidade de sua localização.

4.2 – Caberá exclusivamente ao médico regulador determinar, de acordo com a intercorrência relatada pelo **BENEFICIÁRIO**, o tipo de atendimento adequado. Quando não for constatada situação de urgência/emergência, deverá o médico regulador fornecer as orientações básicas para a melhor resolução do quadro informado, não sendo necessária, em tais casos, a utilização do atendimento domiciliar.

4.3 – O atendimento previsto no presente instrumento terá início mediante o contato do **BENEFICIÁRIO** com a central de atendimento telefônico e cessará com o diagnóstico e a medicação no próprio local de atendimento ou seu encaminhamento para um estabelecimento hospitalar.

4.4 – Os serviços garantidos no presente instrumento serão realizados nos casos de emergência/urgência avaliadas e definidas pelo médico regulador da **CONTRATADA**, incluindo as seguintes patologias, mas não se limitando a elas:

a) reações alérgicas agudas com manifestação respiratória; choque anafilático e síndromes similares;

b) infarto agudo do miocárdio e outras síndromes cardíacas isquêmicas; aneurisma dissecante da aorta; obstrução das artérias com comprometimento sistêmico grave; arritmias cardíacas agudas e choque circulatório de qualquer natureza (séptico, neurogênico, hipovolêmico);

c) hemorragias digestivas e quadros abdominais agudos – inflamatórios, hemorrágicos, perfurativos, vasculares ou obstrutivos;

d) acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico (fase aguda); traumatismo cranioencefálico (fase aguda); traumatismo raquimedular (fase aguda); aneurisma intracraniano roto; crises convulsivas de qualquer etiologia e hipertensão intracraniana;

e) pneumotórax espontâneo; derrames pleurais com comprometimento ventilatório; estado de mal asmático e insuficiência respiratória aguda de qualquer etiologia;

f) insuficiência renal aguda em local não coberto por diálise;

g) prenhez tubária rota; grandes hemorragias puerperais; ruptura hemorrágica ou torção de cisto de ovário e qualquer situação do ciclo gravídico-puerperal que coloque em risco a mãe ou o feto;

h) politraumatismos; traumas de face com distúrbios de ventilação; traumas de face com lesão no globo ocular; traumatismos torácicos contusos e/ou penetrantes; traumas de grandes vasos sanguíneos com necessidade de cirurgia imediata; trauma abdominal contuso e/ou penetrante; trauma extenso de partes moles; amputação traumática (após a avaliação da central); queimaduras com área corporal comprometida superior a 20%; queimaduras das vias aéreas; dores genitais e da face; acometimento sistêmico por corrente elétrica; desidratação aguda de qualquer etiologia; afogamento; intoxicações exógenas graves e picadas de animais peçonhentos com risco de morte;

i) cetoacitose diabética; crise tireotóxica e hipoglicemia severa;

j) crise psicótica aguda, desde que o paciente não apresente autoagressividade e comportamento violento direcionado a outras pessoas;

k) gestação normal desde que excetuados os casos sugestivos de risco para a mãe e o feto;

l) qualquer outra situação de urgência e emergência que envolva risco para o **BENEFICIÁRIO**.

4.5 – Não possuem cobertura para o Atendimento Médico Domiciliar Pré-hospitalar os eventos abaixo relacionados:

a) doenças, lesões e quaisquer efeitos mórbidos decorrentes de atos ilícitos ou de risco consciente provocados pelo **BENEFICIÁRIO** por ingestão de bebidas alcoólicas, uso de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos, atentando contra a vida;

b) cirurgias não éticas e/ou suas consequências, como abortamento provocado (ressalvados os casos previstos em lei), tratamentos experimentais e aplicações de medicamentos não reconhecidos por órgão governamental competente;

c) atendimento em casos de conflitos; calamidade pública; comoções internas; guerras; revoluções; epidemias; acidente automobilístico; incêndio; deslizamento; inundação; envenenamento coletivo ou qualquer outra causa que atinja maciçamente a população, inclusive decorrente de radiação e/ou emanações nucleares ou ionizantes, salvo acidentes localizados e isolados;

d) atendimento para consulta médica; revisão de cirurgia; retirada de pontos; curativos; hemodiálise de rotina periódica programada; fisioterapia; exames complementares ao diagnóstico; oxigenioterapia hiperbárica; quimioterapia; radioterapia; transporte de doadores de órgãos receptores; estado febril; dor de dente; dor de ouvido e investigação de sintomas gerais;

e) distúrbios neurovegetativos;

f) casos e patologias de ordem psiquiátrica quando o **BENEFICIÁRIO** estiver em surto psicótico de modo que coloque em risco a equipe;

g) serviços exclusivos de enfermagem;

h) atendimento para consulta ambulatorial e controle de tratamento ambulatorial;

i) atendimento relacionado com o tratamento continuado de doenças sem agudização do processo;

j) **BENEFICIÁRIA** em trabalho de parto a termo, salvo situação de risco para a mãe e/ou o feto.

5 | Cláusula Quinta

DISPONIBILIDADE E ÁREA DE ABRANGÊNCIA

5.1 – O serviço ORIENTAÇÃO EM SAÚDE 24 HORAS está disponível em todo território nacional, através da empresa de serviços contratada para esse fim, todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia, através dos telefones **0800 168 016** ou **(11) 3871 8999**.

5.2 – O serviço ATENDIMENTO MÉDICO DOMICILIAR PRÉ-HOSPITALAR está disponível, através da empresa de serviços contratada para esse fim, todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia, através dos telefones **0800 168 016** ou **(11) 3871 8999**, para as seguintes localidades: Baixada Santista/ SP, Jundiaí/SP, São Paulo/SP, Brasília/DF, Curitiba/PR, Araucária/PR, São José dos Pinhais/PR, Recife/PE, Belo Horizonte/MG, Rio de Janeiro/RJ, Manaus/AM.

5.2.1 – Fica a critério exclusivo da **AMIL** a realização do atendimento quando se tratar de áreas limítrofes dos municípios atendidos, devendo informar ao **BENEFICIÁRIO**, no ato da chamada, a impossibilidade de cobertura em razão de sua abrangência.

6 | Cláusula Sexta

DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1 – O presente anexo terá vigência a partir da data da celebração do contrato principal ou, em caso de inclusão do **BENEFICIÁRIO** em momento posterior à celebração do contrato principal, da data da inclusão.

6.2 – Na hipótese de extinção do contrato, este anexo será igualmente extinto.

7 | Cláusula Sétima

UTILIZAÇÃO

7.1 – Os serviços Orientação em Saúde 24 Horas e Atendimento Médico Pré-hospitalar estararão disponíveis para os **BENEFICIÁRIOS** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de celebração do contrato principal.

8 | Cláusula Oitava

DO PREÇO

8.1 – O preço do anexo **ORIENTAÇÃO EM SAÚDE 24 HORAS E ATENDIMENTO MÉDICO PRÉ-HOSPITALAR** será cobrado do **BENEFICIÁRIO** Titular, conforme preço na Tabela de Vendas da Amil, vigente na data de adesão ao produto **ORIENTAÇÃO EM SAÚDE 24 HORAS E ATENDIMENTO MÉDICO PRÉ-HOSPITALAR**.

8.2 - Os reajustes aplicáveis e as multas moratórias, assim como penalidades como suspensão ou cancelamento por falta de pagamento, são os mesmos indicados no contrato, de que o presente anexo é parte.

9 | Cláusula Nona

DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1 – Aplicam-se a este anexo todas as disposições do contrato firmado entre a **CONTRATANTE** e a **AMIL** que não sejam com este anexo incompatíveis.

9.2 – Autorizações: ao aderir ao presente anexo, a **CONTRATANTE** autoriza a **AMIL** a (i) gerir, administrar, prestar serviços, ampliar seu âmbito de atuação e aprimorar a prestação de serviços; (ii) coletar, utilizar e divulgar os dados pessoais dos **BENEFICIÁRIOS** exclusivamente para os fins previstos neste anexo, mas também divulgar informações relativas a seu vínculo contratual com a **CONTRATANTE**, atender às exigências de autoridades judiciais ou administrativas contidas em ordens devidamente fundamentadas.

9.3 – É responsabilidade da **CONTRATANTE** oferecer, sempre que solicitado pelo BENEFICIÁRIO, cópia integral do presente anexo.

9.4 – A **AMIL** reserva-se o direito de modificar o presente anexo a qualquer momento, independentemente de prévio aviso, por motivo de força maior ou por qualquer outro motivo que esteja fora do controle de ambas as partes e que comprometa sua realização, respeitando-se, em qualquer hipótese, o direito do **BENEFICIÁRIO** de usufruir do benefício até o fim de sua vigência.

9.5 – A **CONTRATANTE** tem ciência de que o ônus decorrente de demandas administrativas aplicadas por órgãos não judiciais decorrentes de atos de responsabilidade de cada uma delas, nos termos das responsabilidades previstas no presente anexo, será por cada qual suportado, sendo certo, ainda, que, quando juridicamente possível, a parte que foi demandada judicialmente por ato que não seja de sua responsabilidade deverá comunicar à outra parte para que: (i) compareça espontaneamente em juízo ou perante a autoridade competente reconhecendo sua condição de única e exclusiva responsável, bem como forneça à outra parte toda a documentação solicitada por esta e que seja necessária para garantir sua defesa; e (ii) se possível, substitua a parte demandada na ação administrativa ou judicial.

9.6 – A **AMIL** ficará sub-rogada em todos os direitos e ações da **CONTRATANTE** contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tenham causado prejuízo à AMIL ou para ele tenham concorrido, obrigando-se a **CONTRATANTE** a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

9.7 – Não se admite a presunção de que as partes têm conhecimento de circunstâncias que não constem deste anexo ou de comunicação posterior por escrito.

9.8 – A tolerância ou a demora, por parte da **AMIL**, em exigir da **CONTRATANTE** e/ou dos **BENEFICIÁRIOS** o cumprimento de qualquer obrigação aqui prevista ou, ainda, o silêncio da **AMIL** quanto a tais questões não serão considerados novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

9.9 – A **CONTRATANTE** e o **BENEFICIÁRIO** têm ciência de que deverão entrar em contato prévio com a **AMIL**, por intermédio de um de seus canais de atendimento, antes de apresentar qualquer reclamação perante os órgãos reguladores ou distribuir qualquer ação judicial que verse sobre o objeto do presente ANEXO, a fim de que se busque uma solução amigável para seu pleito.

9.10 – Em caso de extinção, cancelamento ou rescisão do contrato de assistência médica entre a **CONTRATANTE** e a **AMIL**, o presente ANEXO será imediatamente cancelado, qualquer que tenha sido a razão do cancelamento.

9.11 – Extinto o presente ANEXO e permanecendo em vigência o contrato de assistência médica, voltarão a prevalecer todas as cláusulas e condições daquele instrumento que eventualmente tinham sido substituídas pelas disposições específicas deste ANEXO.

10 | Cláusula Décima

DO FORO

10.1 – O presente ANEXO, assim como a relação estabelecida entre a **AMIL** e a **CONTRATANTE** e seus **BENEFICIÁRIOS**, é regido pelas leis da República Federativa do Brasil, sem consideração a nenhuma disposição sobre o conflito de leis. A **AMIL** e a **CONTRATANTE** concordam em se submeter às leis brasileiras e à competência dos tribunais localizados no Brasil.

10.2 – Fica eleito o foro indicado na Proposta do Contrato Principal, do qual o presente ANEXO é parte integrante, para dirimir as questões oriundas do presente instrumento.

ANEXO – Orientação em Saúde 24 Horas e Atendimento Médico Pré-hospitalar

Black e Amil One S2500

Serviço Disponível no Produto

O presente anexo tem por objeto a prestação do serviço denominado **Orientação em Saúde 24 Horas e Atendimento Médico Domiciliar Pré-hospitalar** aos **BENEFICIÁRIOS** vinculados a um dos planos privados de assistência médico-hospitalar coletivo empresarial operados pela **AMIL** e elegíveis à contratação do serviço. Nele estão as principais regras que devem ser observadas por todos os que adquirirem o serviço e/ou utilizarem suas funcionalidades.

Os serviços objeto deste Anexo são prestados por empresa de serviços **CONTRATADA** pela **AMIL** para esse fim.

Como condição para acesso a estes serviços, a **CONTRATANTE** declara que fez a leitura completa e atenta das regras deste documento, estando plenamente ciente quanto a seus termos e conferindo sua livre e expressa concordância com o conteúdo aqui estipulado. Declara a **CONTRATANTE**, ainda, que deu publicidade quanto às presentes Condições Gerais à massa de **BENEFICIÁRIOS** a ela vinculada.

Definições

As expressões utilizadas neste anexo terão os seguintes significados:

Atendimento pré-hospitalar – é o serviço de atendimento pré-hospitalar originado por situações clínicas de urgência e emergência que requeiram atendimento médico imediato, sendo este iniciado no local onde o paciente se encontra. Se houver indicação médica, sua remoção para uma unidade hospitalar com recursos apropriados ocorrerá, sendo garantido, se necessário, o acompanhamento médico durante a remoção;

BENEFICIÁRIO – pessoa física, titular ou dependente, vinculada ao Contrato de Assistência Médica e Hospitalar ("contrato") celebrado entre a **AMIL** e a **CONTRATANTE** e incluída em um dos planos de saúde elegíveis à contratação do presente serviço;

Cobertura – corresponde aos serviços, procedimentos e atendimentos a que faz jus o **BENEFICIÁRIO**, com a garantia de que foram obedecidas as regras expressamente estabelecidas neste anexo;

Contrato – refere-se ao Contrato de Assistência Médica e Hospitalar celebrado entre a **CONTRATANTE** e a **AMIL**;

Emergência – situação que implica risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o **BENEFICIÁRIO**, como tal caracterizada conforme declarado pelo médico regulador;

Urgência – situação que decorra de acidentes pessoais, agravamento de tratamento médico, que pode ocasionar a perda de funções, órgãos ou membros, ou de complicação no processo gestacional e que dependa de uma resposta adequada para o tratamento do **BENEFICIÁRIO**.

1 | Cláusula Primeira

OBJETO

1.1 – O presente anexo tem por objeto estabelecer as principais regras, condições, exclusões de cobertura e limites da prestação do serviço de orientação em saúde 24 (vinte e quatro) horas e o atendimento médico domiciliar pré-hospitalar, de acordo com as especificações estabelecidas nas cláusulas a seguir.

2 | Cláusula Segunda

ELEGIBILIDADE

2.1 – Terão direito aos serviços previstos no presente instrumento as pessoas jurídicas que tenham adquirido um dos planos de saúde coletivos empresariais elegíveis, conforme disposto no item 2.1.1, e que cumpram, cumulativamente, as seguintes condições:

(i) possuam até 99 (noventa e nove) vidas vinculadas ao contrato firmado com a **AMIL**;

(ii) não estejam com o pagamento de mensalidade(s)em atraso, obedecidas as normas pertinentes ao contrato principal;

(iii) leiam e aceitem os termos deste anexo.

2.1.1 – São consideradas elegíveis à contratação do serviço previsto no presente instrumento as **CONTRATANTES** dos produtos denominados **Black** e **Amil One S2500**.

2.2 – Serão obrigatoriamente incluídos no presente anexo os **BENEFICIÁRIOS** Titulares vinculados à **CONTRATANTE** e todos os seus dependentes, podendo tal inclusão ser feita no momento da assinatura do contrato entre a **AMIL** e a empresa **CONTRATANTE**, na data de sua inclusão no plano de saúde ou em épocas que venham a ser definidas pela **AMIL**.

3 | Cláusula Terceira

SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO EM SAÚDE 24 HORAS

3.1 – Para a prestação do serviço de Orientação em Saúde 24 Horas, a **CONTRATADA**, por meio de seu parceiro, disponibilizará profissionais de saúde qualificados para prestar aos **BENEFICIÁRIOS** informações técnicas acerca de enfermidades e especialidades médicas, orientação sobre tratamentos e procedimentos médicos adequados, inclusive em casos de doenças crônicas, e condutas de primeiros socorros, além de esclarecimentos sobre dúvidas relacionadas com situações do cotidiano de caráter preventivo.

3.1.1 – O serviço engloba, ainda, a disponibilidade de informações a respeito do procedimento a ser seguido pelo **BENEFICIÁRIO** na obtenção da assistência médica mais adequada no menor espaço de tempo possível, promovendo, quando necessário, o encaminhamento para serviços móveis de atendimento de urgência/emergência, com observância dos limites estabelecidos pelo Código de Ética Médica.

3.1.2 – Não está englobado no serviço da central de atendimento nenhum tipo de prescrição médica, limitando-se o serviço, única e exclusivamente, ao previsto no presente instrumento.

4 | Cláusula Quarta

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DOMICILIAR PRÉ-HOSPITALAR

4.1 – O Serviço de Atendimento Médico Domiciliar Pré-hospitalar engloba o atendimento médico domiciliar de urgência e emergência 24 (vinte e quatro) horas, no local onde ocorrer a intercorrência, exceto em caso de acidente de trânsito, por meio de ambulância dotada de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Ambulância de Suporte Intermediário (SIV), limitado à área de abrangência de atendimento prevista na cláusula 5.2 e mediante a ativação por meio da central de atendimento. O serviço de Atendimento Médico Domiciliar Pré-hospitalar será prestado por empresa de serviço contratada para esse fim.

4.1.1 – O serviço visa à resolução da intercorrência no local do atendimento. Contudo, quando constatada, pelo médico regulador, a necessidade de continuidade do atendimento, o **BENEFICIÁRIO** será encaminhado para uma unidade hospitalar a ser indicada pela **AMIL**.

4.1.2 – O encaminhamento do **BENEFICIÁRIO** para a unidade hospitalar deverá ser realizado com a presença de um acompanhante, ressalvados os casos de risco iminente de morte e na impossibilidade de sua localização.

4.2 – Caberá exclusivamente ao médico regulador determinar, de acordo com a intercorrência relatada pelo **BENEFICIÁRIO**, o tipo de atendimento adequado. Quando não for constatada situação de urgência/emergência, deverá o médico regulador fornecer as orientações básicas para a melhor resolução do quadro informado, não sendo necessária, em tais casos, a utilização do atendimento domiciliar.

4.3 – O atendimento previsto no presente instrumento terá início mediante o contato do **BENEFICIÁRIO** com a central de atendimento telefônico e cessará com o diagnóstico e a medicação no próprio local de atendimento ou seu encaminhamento para um estabelecimento hospitalar.

4.4 – Os serviços garantidos no presente instrumento serão realizados nos casos de emergência/urgência avaliadas e definidas pelo médico regulador da **CONTRATADA**, incluindo as seguintes patologias, mas não se limitando a elas:

a) reações alérgicas agudas com manifestação respiratória; choque anafilático e síndromes similares;

b) infarto agudo do miocárdio e outras síndromes cardíacas isquêmicas; aneurisma dissecante da aorta; obstrução das artérias com comprometimento sistêmico grave; arritmias cardíacas agudas e choque circulatório de qualquer natureza (séptico, neurogênico, hipovolêmico);

c) hemorragias digestivas e quadros abdominais agudos – inflamatórios, hemorrágicos, perfurativos, vasculares ou obstrutivos;

d) acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico (fase aguda); traumatismo cranioencefálico (fase aguda); traumatismo raquimedular (fase aguda); aneurisma intracraniano roto; crises convulsivas de qualquer etiologia e hipertensão intracraniana;

e) pneumotórax espontâneo; derrames pleurais com comprometimento ventilatório; estado de mal asmático e insuficiência respiratória aguda de qualquer etiologia;

f) insuficiência renal aguda em local não coberto por diálise;

g) prenhez tubária rota; grandes hemorragias puerperais; ruptura hemorrágica ou torção de cisto de ovário e qualquer situação do ciclo gravídico-puerperal que coloque em risco a mãe ou o feto;

h) politraumatismos; traumas de face com distúrbios de ventilação; traumas de face com lesão no globo ocular; traumatismos torácicos contusos e/ou penetrantes; traumas de grandes vasos sanguíneos com necessidade de cirurgia imediata; trauma abdominal contuso e/ou penetrante; trauma extenso de partes moles; amputação traumática (após a avaliação da central); queimaduras com área corporal comprometida superior a 20%; queimaduras das vias aéreas; dores genitais e da face; acometimento sistêmico por corrente elétrica; desidratação aguda de qualquer etiologia; afogamento; intoxicações exógenas graves e picadas de animais peçonhentos com risco de morte;

i) cetoacitose diabética; crise tireotóxica e hipoglicemia severa;

j) crise psicótica aguda, desde que o paciente não apresente autoagressividade e comportamento violento direcionado a outras pessoas;

k) gestação normal desde que excetuados os casos sugestivos de risco para a mãe e o feto;

l) qualquer outra situação de urgência e emergência que envolva risco para o **BENEFICIÁRIO**.

4.5 – Não possuem cobertura para o Atendimento Médico Domiciliar Pré-hospitalar os eventos abaixo relacionados:

a) doenças, lesões e quaisquer efeitos mórbidos decorrentes de atos ilícitos ou de risco consciente provocados pelo **BENEFICIÁRIO** por ingestão de bebidas alcoólicas, uso de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos, atentando contra a vida;

b) cirurgias não éticas e/ou suas consequências, como abortamento provocado (ressalvados os casos previstos em lei), tratamentos experimentais e aplicações de medicamentos não reconhecidos por órgão governamental competente;

c) atendimento em casos de conflitos; calamidade pública; comoções internas; guerras; revoluções; epidemias; acidente automobilístico; incêndio; deslizamento; inundação; envenenamento coletivo ou qualquer outra causa que atinja maciçamente a população, inclusive decorrente de radiação e/ou emanações nucleares ou ionizantes, salvo acidentes localizados e isolados;

d) atendimento para consulta médica; revisão de cirurgia; retirada de pontos; curativos; hemodiálise de rotina periódica programada; fisioterapia; exames complementares ao diagnóstico; oxigenioterapia hiperbárica; quimioterapia; radioterapia; transporte de doadores de órgãos receptores; estado febril; dor de dente; dor de ouvido e investigação de sintomas gerais;

e) distúrbios neurovegetativos;

f) casos e patologias de ordem psiquiátrica quando o **BENEFICIÁRIO** estiver em surto psicótico de modo que coloque em risco a equipe;

g) serviços exclusivos de enfermagem;

h) atendimento para consulta ambulatorial e controle de tratamento ambulatorial;

i) atendimento relacionado com o tratamento continuado de doenças sem agudização do processo;

j) **BENEFICIÁRIA** em trabalho de parto a termo, salvo situação de risco para a mãe e/ou o feto.

5 | Cláusula Quinta

DISPONIBILIDADE E ÁREA DE ABRANGÊNCIA

5.1 – O serviço ORIENTAÇÃO EM SAÚDE 24 HORAS está disponível em todo território nacional, através da empresa de serviços **CONTRATADA** para esse fim, todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia, através dos telefones **0800 168 016** ou **(11) 3871 8999**.

5.2 – O serviço ATENDIMENTO MÉDICO DOMICILIAR PRÉ-HOSPITALAR está disponível, através da empresa de serviços contratada para esse fim, todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia, através dos telefones **0800 168 016** ou **(11) 3871 8999**, para as seguintes localidades: Baixada Santista/SP, Jundiaí/SP, São Paulo/SP, Brasília/DF, Curitiba/PR, Araucária/PR, São José dos Pinhais/PR, Recife/PE, Belo Horizonte/MG, Rio de Janeiro/RJ, Manaus/AM.

5.2.1 – Fica a critério exclusivo da **AMIL** a realização do atendimento quando se tratar de áreas limítrofes dos municípios atendidos, devendo informar ao **BENEFICIÁRIO**, no ato da chamada, a impossibilidade de cobertura em razão de sua abrangência.

6 | Cláusula Sexta

DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1 – O presente anexo terá vigência a partir da data da celebração do contrato principal ou, em caso de inclusão do **BENEFICIÁRIO** em momento posterior à celebração do contrato principal, da data da inclusão.

6.2 – Na hipótese de extinção do contrato, este anexo será igualmente extinto.

7 | Cláusula Sétima

UTILIZAÇÃO

7.1 – Os serviços Orientação em Saúde 24 Horas e Atendimento Médico Pré-hospitalar estarão disponíveis para os **BENEFICIÁRIOS** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de celebração do contrato principal.

8 | Cláusula Oitava

DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1 – Aplicam-se a este anexo todas as disposições do contrato firmado entre a **CONTRATANTE** e a **AMIL** que não sejam com este anexo incompatíveis.

8.2 – Autorizações: ao aderir ao presente anexo, a **CONTRATANTE** autoriza a **AMIL** a (i) gerir, administrar, prestar serviços, ampliar seu âmbito de atuação e aprimorar a prestação de serviços; (ii) coletar, utilizar e divulgar os dados pessoais dos **BENEFICIÁRIOS** exclusivamente para os fins previstos neste anexo, mas também divulgar informações relativas a seu vínculo contratual com a **CONTRATANTE**, atender às exigências de autoridades judiciais ou administrativas contidas em ordens devidamente fundamentadas.

8.3 – É responsabilidade da **CONTRATANTE** oferecer, sempre que solicitada pelo **BENEFICIÁRIO**, cópia integral do presente anexo.

8.4 – A **AMIL** reserva-se o direito de modificar o presente anexo a qualquer momento, independentemente de prévio aviso, por motivo de força maior ou por qualquer outro motivo que esteja fora do controle de ambas as Partes e que comprometa sua realização, respeitando-se, em qualquer hipótese, o direito do **BENEFICIÁRIO** de usufruir do benefício até o fim de sua vigência.

8.5 – A **CONTRATANTE** tem ciência de que o ônus decorrente de demandas administrativas aplicadas por órgãos não judiciais decorrentes de atos de responsabilidade de cada uma delas, nos termos das responsabilidades previstas no presente anexo, será por cada qual suportado, sendo certo, ainda, que, quando juridicamente possível, a Parte que foi demandada judicialmente por ato que não seja de sua responsabilidade deverá comunicar à outra parte para que: (i) compareça espontaneamente em juízo ou perante a autoridade competente reconhecendo sua condição de única e exclusiva responsável, bem como forneça à outra parte toda a documentação solicitada por esta e que seja necessária para garantir sua defesa; e (ii) se possível, substitua a parte demandada na ação administrativa ou judicial.

8.6 – A **AMIL** ficará sub-rogada em todos os direitos e ações da **CONTRATANTE** contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tenham causado prejuízo à AMIL ou para ele tenham concorrido, obrigando-se a **CONTRATANTE** a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

8.7 – Não se admite a presunção de que as Partes têm conhecimento de circunstâncias que não constem deste anexo ou de comunicação posterior por escrito.

8.8 – A tolerância ou a demora, por parte da **AMIL**, em exigir da **CONTRATANTE** e/ou dos **BENEFICIÁRIOS** o cumprimento de qualquer obrigação aqui prevista ou, ainda, o silêncio da **AMIL** quanto a tais questões não serão considerados novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

8.9 – A **CONTRATANTE** e o **BENEFICIÁRIO** têm ciência de que deverão entrar em contato prévio com a **AMIL**, por intermédio de um de seus canais de atendimento, antes de apresentar qualquer reclamação perante os órgãos reguladores ou distribuir qualquer ação judicial que verse sobre o objeto do presente ADITIVO, a fim de que se busque uma solução amigável para seu pleito.

8.10 – Em caso de extinção, cancelamento ou rescisão do contrato de assistência médica entre a **CONTRATANTE** e a **AMIL**, o presente anexo será imediatamente cancelado, qualquer que tenha sido a razão do cancelamento.

8.11 – Extinto o presente anexo e permanecendo em vigência o contrato de assistência médica, voltarão a prevalecer todas as cláusulas e condições daquele instrumento que eventualmente tinham sido substituídas pelas disposições específicas deste anexo.

9 | Cláusula Nona

DO FORO

9.1 – O presente anexo, assim como a relação estabelecida entre a **AMIL** e a **CONTRATANTE** e seus **BENEFICIÁRIOS**, é regido pelas leis da República Federativa do Brasil, sem consideração a nenhuma disposição sobre o conflito de leis. A **AMIL** e a **CONTRATANTE** concordam em se submeter às leis brasileiras e à competência dos tribunais localizados no Brasil.

9.2 – Fica eleito o foro indicado na Proposta do Contrato Principal, do qual o presente ANEXO é parte integrante, para dirimir as questões oriundas do presente instrumento.