

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES COLETIVO EMPRESARIAL 600 S – PME

CLÁUSULAS	ASSUNTO	PÁGINA
1	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	4
	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 Contrato	5
	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	23
8	Doenças e Lesões Preexistentes	24
9	Atendimento de Urgência e Emergência	27
10	Acesso à Livre Escolha de Prestadores	30
11	Mecanismos de Regulação	33
12	Formação de Preço e Contraprestação	41
13	Reajustes	42
14	Regras para Instrumentos Jurídicos de Plano Coletivo	45
15	Condições da Perda da Qualidade de BENEFICIÁRIO	50
16	Rescisão/Suspensão	51
17	Disposições Gerais	53
18	Do Foro	57
	Anexo das Coberturas Adicionais	

| Conceitos

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

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 o **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 atendimentos de urgência e emergência determinadas 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 meses, contados a partir da data da contratação ou da adesão ao plano, 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 às Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) declaradas pelo **BENEFICIÁRIO** ou por seu representante legal por ocasião da contratação ou da adesão ao plano. 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 – 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.

9 – 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.

10 – Equipe de Saúde: Ver item 13 “Porta de Entrada dos Serviços”.

11 – 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.

12 – 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.

13 – Porta de Entrada dos Serviços ou Equipe de Saúde ou Unidade de Atenção Primária à Saúde: 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 o planejamento 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 solicitações de exames e de procedimentos complementares.

14 – Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (“PEA”): Programa que tem o objetivo de estimular a criação de uma relação sólida entre **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** às Unidades de Atendimento que funcionam como Porta de Entrada dos Serviços, denominadas “Unidade de Atenção Primária à Saúde”.

15 – 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.

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES COLETIVO EMPRESARIAL 600 S – PME

16 – 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**.

17 – Reembolso: mecanismo de regulação que permite o ressarcimento de despesas assistenciais realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** junto a prestadores de serviços não pertencentes à rede credenciada ou referenciada ao plano, nos termos do disposto neste Contrato.

18 – Ressarcimento: restituição das despesas assistenciais realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** junto a prestador de serviços não credenciado em razão de atendimentos 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.

19 – Rol: refere-se ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à 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.

20 – 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. Esta 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 e também encontra-se registrada no 4º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro.

21 – Tratamento clínico ou cirúrgico 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 registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa

22 – Urgência: assim entendidos os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

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 é denominada **CONTRATADA** e 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 **BENEFICIÁRIOS**, 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 de despesas médicas e hospitalares realizadas por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO** exclusivamente na rede credenciada ou o reembolso, desde que nos limites de cobertura previstos neste instrumento e no Rol.

1.3.1 – Os planos que estiverem indicados na Proposta Contratual como sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (“PEA”) também terão por objeto 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 – O nome comercial e número de registro do Plano na ANS encontram-se descritos na Proposta Contratual, que é parte integrante deste Contrato.

1.4.1 – A escolha do plano será feita exclusivamente a partir daqueles 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 o plano é coletivo empresarial, com oferta de cobertura de assistência médica e hospitalar aos **BENEFICIÁRIOS** definidos na Cláusulas 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 a acomodação em nível superior sem ônus adicional.

1.9.2 – O **BENEFICIÁRIO** que optar por internação hospitalar em acomodação superior à do 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 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 coberturas contratuais estão previstos em cláusula própria – Coberturas e Procedimentos Garantidos, ao passo que os serviços e coberturas adicionais, quando 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 hospitalar, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Intenacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde 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 no Rol, neste Contrato ou em 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 até, no máximo, 99 (noventa e nove) **BENEFICIÁRIOS**, entre titulares e dependentes, sendo essas quantidades mínima e máxima condição para início e manutenção do contrato.

3.1.1 – Ainda que 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 total de **BENEFICIÁRIOS** incluídos em todos os planos contratados.

CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES COLETIVO EMPRESARIAL 600 S – PME

3.2 – Poderão ser admitidos 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;
- (iv) os agentes políticos;
- (v) os trabalhadores temporários;
- (vi) os estagiários e os menores aprendizes.

3.3 – Poderão ser admitidos 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 do **BENEFICIÁRIO** titular, enteados, pessoas de quem o **BENEFICIÁRIO** titular possua guarda provisória ou definitiva e os tutelados pelo **BENEFICIÁRIO** titular, na forma da lei, desde que possuam até 24 (vinte e quatro) anos completos;
- (iii) Filhos inválidos do **BENEFICIÁRIO** titular, assim declarados no Imposto de Renda apresentado à Receita Federal do Brasil.

3.3.1 – Em caso de pedido feito pelo **BENEFICIÁRIO** titular para a inclusão de filho(s) natural(is) 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 e responder pelo respectivo acréscimo na contraprestação pecuniária.

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 prevista na cláusula própria – Carências.

3.3.3 – A(s) **CONTRATANTE(S)** responsabilizar-se-á(ão) por enviar à **CONTRATADA** pedido de exclusão de filhos(as) que deixem de preencher ao parâmetro etário ou de estado civil estabelecido nesta cláusula.

3.4 – Serão 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 habilitadas 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** – sejam comprovantes de vínculo empregatício, estatutário ou qualquer documento que demonstre a existência de um dos vínculos indicados no item 3.2 deste Contrato, tais como carteira profissional e/ou CAGED 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, tais 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 está condicionada à participação do **BENEFICIÁRIO** titular no plano.

MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

3.6 – As inclusões ou exclusões cadastrais de **BENEFICIÁRIOS** obedecerão ao previsto neste Contrato quanto às regras, critérios e condições de elegibilidade e, quanto aos prazos, ao período de movimentação cadastral indicado na Proposta Contratual, deverão ser obedecidas, pela **CONTRATANTE** e 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**, a qual 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 este **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 desta obrigação e 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, seja a título de preço preestabelecido, seja a título de Taxa de Administração, será realizada no sistema de forma *pro rata* e será cobrada, 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 a 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, a seu exclusivo critério.

3.10 – No caso de extinção automática do Contrato ou no caso do 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 será assegurada independentemente do local de origem do evento e se dará nos limites e de acordo com as características do plano contratado, de acordo com o indicado na Proposta Contratual, observando-se, dentre outros, 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 anesthesiologista, caso haja indicação clínica. Caso a plano indicado na Proposta Contratual preveja a garantia da cobertura de anesthesiologista 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 para 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 legislação vigente.

4.3 – Estão compreendidos por este 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 obstétrica 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 pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

4.3.3 – Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Anvisa, 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, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com número de sessões estabelecido no Rol, conforme indicação do médico assistente;

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

4.3.6 – 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;

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

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

4.3.9 – Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados 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;

4.3.10 – Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

4.3.11 – Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de 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;

4.3.12 – Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, ressalvada a exclusão contida na cláusula que trata das 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; e
- (ii) Medicamento fracionado: aquele fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, atualmente a cargo da Anvisa.

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

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

4.3.15 – Cobertura de hemoterapia ambulatorial;

4.3.16 – Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol.

II. Serviços complementares de diagnósticos e tratamentos

4.4 – Estão compreendidos por este Contrato, limitados ao plano contratado, às disposições deste instrumento e às hipóteses previstas no Rol vigente, os serviços de apoio diagnóstico, tratamentos 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, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol e conforme indicação do médico assistente.

4.4.2 – Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

4.4.3 – Cobertura de 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.

4.4.4 – 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, unidade de terapia intensiva e unidades similares, e que estejam descritos no segmento ambulatorial.

III – Procedimentos cobertos em regime de internação hospitalar

4.5 – Estão compreendidos por este Contrato, limitados ao plano contratado, às disposições deste instrumento e do Rol e desde que solicitado 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 prazos, valores e quantidades, desde que devidamente justificadas através 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 obstetrícia, os procedimentos obstétricos e os de alta complexidade relacionados no Rol.

4.5.2 – Internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, sem limites de prazo, valores e quantidades, a critério do médico assistente, desde que devidamente justificadas através 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 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 à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

4.5.6 – Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);

4.5.7 – Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol, e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

4.5.8 – Procedimentos radioterápicos previstos no Rol para ambas as segmentações, ambulatorial e hospitalar;

4.5.9 – Hemoterapia;

4.5.10 – Nutrição parenteral ou enteral;

4.5.11 – Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol;

4.5.12 – Embolizações listadas no Rol;

4.5.13 – Radiologia intervencionista;

4.5.14 – Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

4.5.15 – Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol;

4.5.16 – Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol, exceto o fornecimento de medicação de manutenção;

4.5.17 – Internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela **CONTRATADA**, nos termos da Resolução Normativa nº 259, ou da norma que eventualmente a substitua;

4.5.18 – A cobertura de toda e qualquer taxa relacionada ao procedimento médico ocorrerá de acordo com o plano contratado, incluindo materiais utilizados (nacionalizados e reconhecidos pela Anvisa).

4.5.19 – Salvo disposto de modo diverso no Anexo de 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 anos;
- (ii) idosos a partir do 60 anos;
- (iii) pessoas portadoras de deficiência;
- (iv) pré-parto, parto, pós-parto imediato.

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

4.5.19.2 – A cobertura das despesas com acompanhante durante o pós-parto imediato se dará por 48h, podendo estender-se por até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente.

4.5.20 – A 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.

4.5.21 – Cobertura dos custos de honorários médicos através de utilização de rede credenciada ou através de reembolso, quando o plano contratado prever essa modalidade, de acordo com os termos e as condições do contrato.

4.5.22 – Cobertura dos serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular.

4.5.23 – Cobertura para leitos especiais, monitores e toda a aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento.

4.5.24 – Custeio com alimentação específica ou normal, fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento.

4.5.25 – Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, nos quais forem 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.

4.5.26 – 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, traumatismo ou anomalia congênita.

4.5.27 – As próteses, órteses e seus acessórios, nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente (Anvisa) serão cobertas exclusivamente quando utilizados e necessários à realização o ato cirúrgico objeto da cobertura, observando-se os requisitos previstos na cláusula que trata dos mecanismos de regulação.

4.5.28 – A cobertura dos custos dos transplantes previstos no Rol, bem como das despesas relativas aos procedimentos 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.

4.5.28.1 – 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.

4.5.28.2 – 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 (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.

4.5.28.3 – Não estão cobertas as despesas relativas à identificação e seleção de doadores.

4.5.28.4 – **BENEFICIÁRIOS** candidatos a transplante 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.

4.5.29 – A 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, nem de hospital para sua residência e/ou local de trabalho.

4.5.30 – 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 – Nos planos de segmentação assistencial Referência, Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia ou Hospitalar com Obstetrícia, a **BENEFICIÁRIA** terá direito à cobertura de assistência obstétrica nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, 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 mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela **CONTRATADA** e respeitando as carências estabelecidas neste instrumento.

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

4.8.1 – Caso: (i) o recém-nascido seja inscrito com **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 será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial.

4.8.2 – Caso: (i) o recém-nascido seja inscrito com **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 qualquer 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, adoção, guarda provisória ou definitiva. Na hipótese de inscrição após os 30 (trinta) dias do nascimento, adoção ou guarda, provisória ou definitiva, caberá arguição de doença ou lesão preexistente, bem como autoriza-se à **CONTRATADA** impor Cobertura Parcial Temporária.

4.9 – A continuidade da cobertura de 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 à época desta contratação.

V. Do tratamento dos transtornos psiquiátricos

4.10 – Estão cobertos pelo presente Contrato, nos limites do plano escolhido e observando-se, entre outros, a segmentação assistencial, a área de atuação do plano, a área geográfica de abrangência indicadas 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 consultórios, 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 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, limitadas ao número de sessões previsto 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 à 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 – Internações em hospital-dia para transtornos psiquiátricos que se realizarem nos limites estabelecidos pelo Contrato, 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 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 de custos para os eventos excluídos ou sem cobertura obrigatória determinada pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, dentre os quais os seguintes:

5.1.1 – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, conforme definido no item “Definições” 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 no item “Definições” 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, podem ser adquirido por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao da unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e 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 pelo órgão governamental competente (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 à assistência médica domiciliar.

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

5.1.16 – Procedimentos odontológicos, salvo os previstos no Rol vigente à 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 aqueles listados no Rol vigente à data do evento ou previstos em Anexo de 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, parto e 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 a cobertura, como telefonemas, frigobar, televisão, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós-morte e outra 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 – Todos e quaisquer procedimentos não constantes do Rol vigente à época do evento ou de eventual Anexo de Coberturas Adicionais, que faz parte deste Contrato, quando contratado.

6 | Cláusula Sexta

DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1 – O período de vigência do contrato será aquele indicado na Proposta Contratual, que é parte integrante deste instrumento.

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 desta data designada não tenha sido feito nenhum pagamento, sob pena de, havendo pagamento, considerar-se como vigência inicial a data do pagamento.

6.2.1 – A disponibilização de meio de pagamento para a quitação da primeira contraprestação pecuniária ocorrerá ao 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 e caso nenhuma das Partes se manifeste previamente pela não renovação do Contrato, este será renovado automaticamente por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou quaisquer outros valores no ato da renovação, tampouco a incidência de qualquer período adicional de carências.

7 | Cláusula Sétima

CARÊNCIAS

7.1 – Para contratos cujo número de **BENEFICIÁRIOS** é igual ou superior a trinta, e enquanto essa quantidade mínima for mantida, não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize pedido de admissão ao 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 **BENEFICIÁRIO** ocorrerá com a exigência de 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 da vigência do Contrato ou adesão contratual.

7.2.2 – A não observância da obrigação prevista no item anterior poderá caracterizar fraude, podendo ensejar a suspensão ou 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.

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

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

- (i) no **Plano de Segmentação Referência**: a cobertura será integral após esse período para os atendimentos classificados como 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 acidente pessoal. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, a cobertura será apenas para as 12 (doze) primeiras 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 acidente pessoal. 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 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 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 internações e custos hospitalares de internações;

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.

8 | Cláusula Oitava

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1 – Considera-se Doenças e Lesões Preexistentes aquelas das quais o(s) **BENEFICIÁRIO**(s) ou seu representante legal saiba(am) ser portador(es) ou sofredor(es) no momento da contratação ou adesão ao plano.

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 **BENEFICIÁRIO** é igual ou superior a 30 (trinta), desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize 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 de cumprimento de Cobertura Parcial Temporária.

8.2.2 – Nesse caso, o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal deverá preencher a Declaração de Saúde, através da Carta de Orientação ao **BENEFICIÁRIO**, que é parte integrante obrigatória deste Contrato e padronizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); neste 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 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-se numa opção tornada 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 e ensejar a suspensão ou 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, no item “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, 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 da vigência contratual ou adesão do 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 pelo 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 de 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, 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, 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; 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 resultem 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 cessará, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e mesmo que em tempo menor do que 12 (doze) horas, passando a responsabilidade financeira da internação a ser do **BENEFICIÁRIO** ou 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, às 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 realizados os atendimentos caracterizados como 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 unidade do SUS após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, e sempre limitados às 12 (doze) primeiras horas do atendimento, será realizada nos 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 às Doenças e Lesões Preexistentes.

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

9.4.3 – Não haverá remoção de **BENEFICIÁRIO** de sua residência ou local de trabalho para um hospital, nem de um hospital para sua residência e/ou local de trabalho.

9.5 – Na hipótese de iminente risco de morte do **BENEFICIÁRIO**, a remoção não for possível e se não houver cobertura para o atendimento, este será de exclusiva responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**, da **CONTRATANTE** ou de terceiro(s) responsável(is) 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 desses ônus e 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 decorrentes 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 9.656/1998.

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

9.7.3 – 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.

9.7.4 – 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.

9.7.5 – Internação: nota fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive 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).

9.7.6 – Os documentos relacionados acima deverão ser entregues à **CONTRATADA** (diretamente ou em um endereço local 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, desrespeitado esse prazo, o **BENEFICIÁRIO** ou a **CONTRATANTE** perderão o direito ao ressarcimento.

9.7.7 – Se a documentação não contiver todos os dados indicados no item anterior, a **CONTRATADA** poderá solicitar envio de nova documentação ou de informações complementares sobre o procedimento; a partir da apresentação desses novos documentos/informações complementares terá início a contagem de novo prazo de para pagamento.

9.7.8 – 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

10.1 – Para os atendimentos médico-hospitalares cobertos por esse **Contrato**, os **BENEFICIÁRIOS** poderão fazer uso da rede credenciada do Plano escolhido ou buscar atendimento junto a 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, estes 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 qualquer pedido de reembolso.

10.1.2 – Caso o **BENEFICIÁRIO** realize seu atendimento junto a um prestador de serviços médicos não pertencente à rede credenciada, estes serviços serão pagos diretamente pelo **BENEFICIÁRIO**, que poderá solicitar o Reembolso de referidas despesas junto à **CONTRATADA**.

10.2 – O reembolso a que se refere a presente Cláusula 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 a seguir:

10.2.1 – O cálculo do montante devido pela utilização da livre escolha de prestadores é feito em função dos Fatores Multiplicadores definidos para o plano escolhido, conforme discriminado na Tabela Reembolso vigente no momento da contratação e suas atualizações.

10.2.2 – A Tabela de Reembolso que rege os múltiplos de reembolso encontra-se registrada no 4º Registro de Títulos e Documentos – Rio de Janeiro, no site amil.com.br e também na sede da **CONTRATANTE**, para consulta dos **BENEFICIÁRIOS**.

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

10.2.4 – O valor do reembolso é obtido por meio da seguinte fórmula:

$$\text{Quantidade de Unidades de Reembolso Amil ("URA")* x} \\ \text{Valor da URA** x Fator Multiplicador de Reembolso}$$

(*)Conforme indicado na Tabela de Reembolso para o procedimento realizado.

(**)Vigente na data da realização do procedimento médico-hospitalar.

10.2.5 – Com relação à Unidade de Reembolso AMIL (URA), vigoram as seguintes regras:

- (i) Unidade de Reembolso AMIL (URA) corresponde a um coeficiente, expresso em moeda corrente nacional e definido no momento da contratação. O valor inicial da URA para consultas, exames e procedimentos (básicos e especiais) e honorários médicos de internação para o plano contratado está disposto na Proposta Contratual, e no site amil.com.br, na “área logada do cliente”, ora **BENEFICIÁRIO**.
- (ii) 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.

10.3 – 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, recibo ou nota fiscal válida como recibo, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- (i) Especificação da consulta, especificação e discriminação do atendimento ou do exame realizado e, em caso de honorários médicos durante a internação, também a especificação do tipo de atendimento prestado, vinculado ao laudo médico;
- (ii) Nome do paciente;
- (iii) Valor cobrado, assim com o valor de eventual desconto, quando concedido;
- (iv) Assinatura do responsável pelo serviço ou assinatura e carimbo do médico, quando se tratar de consultas ou honorários médicos;
- (v) CPF e/ou CNPJ, CRM e ISS, quando cabível;
- (vi) endereço legível;
- (vii) Data da realização do evento.

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

10.3.2 – Os recibos e/ou notas fiscais relativos a honorários médicos durante a internação deverão conter os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente.

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

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

10.4 – Caso a documentação apresentada pelo **BENEFICIÁRIO** não contenha todos os dados indicados no item 10.3, a **CONTRATADA** poderá solicitar ao **BENEFICIÁRIO** o envio de documentação ou de informações complementares sobre o procedimento; a partir da apresentação desses novos documentos/informações complementares terá início a contagem de novo prazo para reembolso.

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

10.4.2 – A **CONTRATADA** poderá analisar todo e qualquer valor apresentado para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas ou similares

10.5 – 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 em Anexo de Coberturas Adicionais, a contar da data da aprovação do reembolso.

10.5.1 – 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.

10.6 – O valor de 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.

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

11 | Cláusula Décima Primeira

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

11.1.1 – O cartão de identificação poderá ser emitido por meio digital.

11.1.2 – A **CONTRATADA** poderá cobrar pelo fornecimento da segunda via do cartão de identificação.

11.2 – 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 de procedimento médico-hospitalar, (ii) da utilização dos serviços relacionados à cobertura e (iii) da elegibilidade do **BENEFICIÁRIO** para realização dos atendimentos (consultas, exames e internações).

11.3 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: CONSULTAS, EXAMES E INTERNAÇÃO.

11.3.1 – Para efeitos deste Contrato, as consultas podem ser classificadas entre as seguintes espécies:

- (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.

11.3.2 – 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), 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).

11.3.3 – Para planos, indicados na Proposta Contratual, sujeitos aos **Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (“PEA”)**, os agendamentos para a realização de consultas, exames e procedimentos poderão ser realizados:

- (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; nestes casos, a data e a hora da consulta serão determinados por iniciativa do **BENEFICIÁRIO**, de acordo com a agenda do profissional de saúde escolhido por este e nos limites do produto contratado.

11.3.4 – Para planos, indicados na Proposta Contratual, que não estejam sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (“PEA”), os agendamentos para a realização de consultas, exames e procedimentos serão determinados por iniciativa do **BENEFICIÁRIO**, de acordo com a agenda do médico escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**, nos limites do plano contratado.

11.3.5 – Para exames e procedimentos que exijam autorização prévia, os procedimentos a serem adotados serão os seguintes:

- (i) Quando o pedido médico for emitido pelos profissionais da Equipe de Saúde nos planos, indicados na Proposta Contratual, 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 integrante da rede de prestadores credenciados da **CONTRATADA**, este deverá realizar a **NOTIFICAÇÃO** no site da **CONTRATADA**. Caso esta solicitação seja comunicada à Equipe de Saúde e 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.

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

11.4.1 – A **CONTRATADA** cobrirá os custos médico-hospitalares através:
(i) de pagamento direto ao prestador da rede credenciada específica do Plano, caso o atendimento esteja contemplado pelas coberturas deste Contrato ou
(ii) do reembolso de despesas médico-hospitalares, caso o Plano indicado na Proposta Contratual preveja essa modalidade.

11.4.2 – 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 dados do **BENEFICIÁRIO**, descrição dos exames e sua indicação clínica.

11.4.3 – A cobertura de transplantes, bem como de despesas com 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.

11.4.4 – 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 – dentre aquelas regularizadas pela Anvisa e que atendam às características especificadas;
- (ii) No 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, aplicar-se-á o critério descrito na cláusula relacionada à divergência médica.

11.4.5 – 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.

11.4.6 – 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.

11.4.7 – 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 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**.

11.4.8 – Em caso de internações hospitalar com caráter de urgência e/ou emergência, o **BENEFICIÁRIO** ou seu responsável comunicará à Central de Atendimento da **CONTRATADA**, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, as razões da internação, encaminhando também a declaração do médico assistente para apreciação, de acordo com o que estabelece o presente Contrato.

11.4.9 – A internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela **CONTRATADA**, nos termos da RN 259/11 ou da norma que eventualmente a substitua.

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

11.4.11 – 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 medico-hospitalar podem ser obtidos pelo teleatendimento, ou pelo site amil.com.br.

11.4.12 – As despesas extraordinárias, assim entendidas aquelas que não estão previstas no Contrato ou não estão relacionadas a alguma cobertura como, 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** e não são passíveis de reembolso pela **CONTRATADA**.

11.5 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: GERENCIAMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE.

11.5.1 – Nos planos que estiverem indicados na Proposta Contratual como sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (“PEA”), as condições médicas indicadas abaixo somente terão cobertura para o atendimento: (i) pela rede credenciada selecionada que seja participante dos PEA e (ii) após prévio atendimento pela unidade de Atenção Primária à Saúde, 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, 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.

11.6 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: ALTERAÇÕES NA REDE CREDENCIADA.

11.6.1 – A relação completa dos prestadores que compõem a rede credenciada da **CONTRATADA** pode ser obtida no site da **CONTRATADA**.

11.6.2 – A **CONTRATADA** poderá realizar 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.

11.6.3 – A **CONTRATADA** poderá, ainda, caso autorizado 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 direito de prosseguir o tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento integrante da rede credenciada da **CONTRATADA** e de acordo com o Plano, sem que a **CONTRATADA** tenha obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição de cobertura havida.
- (ii) Caso o descredenciamento de estabelecimento hospitalar ocorra durante a internação de qualquer **BENEFICIÁRIO**, estes permanecerão internados até a regular alta hospitalar, sendo as despesas até a alta hospitalar custeadas pela **CONTRATADA**.
- (iii) Caso o descredenciamento/substituição/exclusão de estabelecimento hospitalar ocorra por infração a normas sanitárias em vigor durante período de internação, a **CONTRATADA** fará a remoção deste **BENEFICIÁRIO** hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, conforme previsto na regulamentação específica vigente, sem qualquer ônus adicional para o **BENEFICIÁRIO**.

11.7 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: DIVERGÊNCIA MÉDICA.

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

11.7.2 – 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**.

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

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

11.8 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: COPARTICIPAÇÃO e FRANQUIA

11.8.1 – As regras de coparticipação e/ou franquias para consultas, exames e 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.

11.8.2 – O percentual de coparticipação e/ou franquias referente à realização de procedimentos psiquiátricos está disposto na cláusula que trata das Coberturas e Procedimentos Garantidos

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

$$\begin{array}{c} \text{Percentual indicado na Tabela de Coparticipação} \\ \times \\ \text{Valor Unitário do Procedimento custeado pela } \mathbf{CONTRATADA(*)} \end{array}$$

(*)Este valor pode variar em função do prestador escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**.

11.8.4 – 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 a LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA POR ITEM e a LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA POR MÊS não serão cumulativos em relação ao mês subsequente.

11.8.5 – 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 estabelecer os para determinados procedimentos – ocorrerá na data do aniversário do Contrato, de acordo com a variação média dos custos unitários dos procedimentos cobertos por este instrumento, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e regulamentação vigente acerca do tema.

11.8.6 – 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.

12 | Cláusula Décima Segunda

FORMAÇÃO DE PREÇO E CONTRAPRESTAÇÃO

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

12.2 – A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA** o valor da contraprestação pecuniária correspondente à população – totalidade de **BENEFICIÁRIOS**, em cada uma das faixas etárias – incluída e aceita na movimentação cadastral; o valor da contraprestação foi estipulado na data da celebração do Contrato e corresponde ao número de **BENEFICIÁRIOS** indicados na Proposta Contratual.

12.2.1 – 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.

12.3 – É obrigação da **CONTRATANTE** pagar as contraprestações pecuniárias de acordo com o estabelecido pela **CONTRATADA** quanto ao local, à forma e à data do pagamento, calculadas de acordo com o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano escolhido.

12.3.1 – Os pagamentos deverão ser feitos até a data do vencimento ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou 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**.

12.3.2 – Havendo divergência em relação 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 essas divergências serão realizados no faturamento imediatamente subsequente e não constituem justificativa para eventual atraso no pagamento da respectiva fatura.

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

12.4 – 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 de vencimento.

12.4.1 – A atualização de dados cadastrais em caso de alteração de endereço é de inteira responsabilidade da **CONTRATANTE**, a qual está ciente de que as comunicações entre ela e a **CONTRATADA** serão realizadas por via postal e serão consideradas válidas se forem encaminhadas ao endereço informado.

12.5 – 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 Getúlio 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.

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

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

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

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

13 | Cláusula Décima Terceira

REAJUSTES

I. REAJUSTE ANUAL

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

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

13.3 – 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).

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

13.5 – Os valores referentes à coparticipação e franquia sofrerão reajuste nos termos de sessão própria da cláusula que trata dos Mecanismos de Regulação.

13.6 – A metodologia de cálculo e o índice de reajuste aplicável ao Contrato será diferente, conforme a população incluída pela **CONTRATANTE** possua 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

13.7 – 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 13.8 e, 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 Índice Técnico descrito no item 13.9.

13.8 – 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.

13.9 – 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:

13.9.1 – O Índice Técnico da primeira reavaliação será apurado expurgando-se as despesas assistenciais e as receitas diretas dos dois primeiros meses. 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

13.10 – 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 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

13.10.1 – 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.

13.11 – O reajuste anual dos contratos pertencentes ao agrupamento será composto pelo Índice Financeiro descrito nos itens abaixo:.

13.11.1 – 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.

13.12 – 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, junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar, por meio do sistema RPC – Reajuste de Planos Coletivos – 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

13.13 – 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 previstos na tabela de faixa etária constante na Proposta Contratual; estes 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.

14 | Cláusula Décima Quarta

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO

14.1 – O **BENEFICIÁRIO** titular demitido ou exonerado sem justa causa terá o direito de manter esta condição com as mesmas condições de 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 que (iii) assuma, junto à **CONTRATADA**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

14.1.1 – 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.

14.2 – O **BENEFICIÁRIO** titular aposentado terá direito de manter esta condição com as mesmas condições de 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 que (iii) assuma, junto à **CONTRATADA**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

14.2.1 – Caso o tempo de contribuição do **BENEFICIÁRIO** para o plano seja inferior a 10 (dez) anos, o direito à manutenção no plano é garantido à razão de um ano para cada ano de contribuição.

14.3 – 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 nº 9.656, de 1998, nesta cláusula.

I. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

14.4 – 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.

14.5 – 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**.

14.5.1 – 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.

14.5.2 – 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.

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

14.6 – 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**.

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

II. CONTRIBUIÇÃO/PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA

14.7 – 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.

14.7.1 – 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.

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

14.8 – 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

14.9 – 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.

14.10 – Em caso de morte do **BENEFICIÁRIO** titular e desde que o Contrato esteja vigente, aos **BENEFICIÁRIOS** dependentes é assegurado o direito de permanecer cobertos pelo plano, nos termos do disposto neste instrumento.

IV. MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

14.11 – 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.

14.12 – 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.

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

14.12.2 – 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.

14.13 – 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.

14.14 – O **BENEFICIÁRIO** que estiver inadimplente por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, será excluído do contrato, sem prejuízo da obrigação de pagar os valores em atraso e/ou as despesas porventura realizadas durante o período de inadimplência.

V. PORTABILIDADE ESPECIAL

14.15 – 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 ou coletivo por adesão administrado por outra operadora de plano de saúde, na forma e nas especificidades previstas na Resolução nº 279 da ANS.

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

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

- (i) Decurso dos prazos de manutenção, conforme previsto na Resolução Normativa nº 279, arts. 4º e 5º, parágrafo único;
- (ii) Admissão em novo emprego; ou
- (iii) Cancelamento do contrato coletivo empresarial ao qual se encontra vinculado.

VII. COMUNICAÇÃO DE EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO

14.17 – 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 solicitado 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 na RN nº 279, art. 22;
- (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 manter essa condição.

14.18 – 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.

14.18.1 – 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**.

15 | Cláusula Décima Quinta

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

15.1 – A suspensão ou exclusão de **BENEFICIÁRIOS** somente poderá ser realizada mediante pedido por escrito da **CONTRATANTE**, durante o período de movimentação cadastral indicado na Proposta Contratual.

15.2 – A **CONTRATANTE** obriga-se a coletar o cartão de identificação destinado ao uso do sistema por parte do **BENEFICIÁRIO(s)** excluído(s) e a devolver tal documento à **CONTRATADA**, assegurando-se a esta última o direito de cobrar todos os valores correspondentes a eventual uso indevido desse documento para fins de coberturas de assistências constantes do presente Contrato.

15.3 – 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 dos vínculos 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 ou adesão ao plano, situação apurada mediante procedimento administrativo específico, bem como de qualquer omissão, falsidade, inexactidão ou erro nas declarações constantes da proposta contratual para contratação coletiva.

15.4 – As exclusões cadastrais implicarão perda imediata do direito à cobertura do atendimento.

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

15.6 – 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 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, a época, plano na referida modalidade de contratação.

Cancelamento pelo BENEFICIÁRIO titular

15.7 – 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.

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

15.7.2 – Processado o pedido pela **CONTRATANTE**, ele terá efeito imediato, sendo considerando esse, para todos os efeitos, o momento de exclusão do **BENEFICIÁRIO** pela **CONTRATANTE**.

15.7.3 – Caso o prazo previsto no item anterior não seja cumprido, poderá o **BENEFICIÁRIO titular** apresentar novo pedido, desta vez diretamente à **CONTRATADA**, o qual 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**.

16 | Cláusula Décima Sexta

RESCISÃO/SUSPENSÃO

I. SUSPENSÃO DO CONTRATO

16.1 – Se a **CONTRATANTE** atrasar o pagamento da contraprestação por período superior a 10 (dez) dias, suspender-se-ão, para todos os **BENEFICIÁRIOS**, o direito à cobertura e demais benefícios contratuais.

II. RESCISÃO

16.2 – O presente Contrato poderá ser extinto:

16.2.1 – Automaticamente, caso o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos se torne inferior a 2 (dois), ainda que não tenha sido completado o prazo mínimo de vigência estabelecido na Proposta Contratual; nessa hipótese, será facultado aos **BENEFICIÁRIOS** celebrar contratos individuais, nas bases e condições próprias dos produtos em comercialização pela **CONTRATADA**, inclusive com relação a preço.

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

16.2.3 – Unilateralmente pela **CONTRATADA**, em caso de atraso: (i) no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência; ou (ii) no pagamento das cobranças relativas ao repasse de custos a que se refere o item 17.4 por período superior a 60 dias.

16.2.3.1 – O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no item anterior encontra-se condicionado à comprovada notificação do devedor, a qual deverá ser enviada para o endereço fornecido pela **CONTRATANTE** até o 50º (quincuagésimo) dia de inadimplência.

16.2.4 – Unilateralmente pela **CONTRATADA** nas hipóteses de fraude, omissão ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela **CONTRATANTE**, para auferir vantagens próprias, para si ou para seus **BENEFICIÁRIOS**, hipóteses essas reconhecidas como violação às disposições contratuais e ao princípio da boa-fé objetiva.

16.2.4.1 – A hipótese de cancelamento por fraude não afasta a prerrogativa da **CONTRATADA** de buscar indenização pelos prejuízos que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

16.2.4.2 – Sem prejuízo das responsabilidades legais, nos casos de fraude na Declaração de Saúde apurado mediante processo administrativo próprio, os **BENEFICIÁRIO** perderão quaisquer direitos a benefícios previstos neste Contrato e a restituição de qualquer quantia paga.

16.2.4.3 – Para fins do disposto neste item, a omissão de informação na Declaração de Saúde deverá ser comprovada pela ANS mediante processo administrativo próprio.

16.2.4.4 – Nos casos de extinção por fraude na Declaração de Saúde, os **BENEFICIÁRIOS** são solidariamente responsáveis, juntamente com o **CONTRATANTE**, por ressarcir à **CONTRATADA** as coberturas indevidamente pagas por esta.

16.3 – Caso a **CONTRATANTE** extinga imotivadamente ou venha a dar causa à extinção do contrato, antes de transcorrido o prazo mínimo de vigência estabelecido na Cláusula Sexta e na Proposta Contratual, ficará sujeita ao pagamento à **CONTRATADA** de multa rescisória no valor correspondente a 50% (cinquenta por cento) das contraprestações vincendas até o término do referido prazo mínimo de vigência, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do Contrato, incluídos os valores relativos a coparticipação e franquia, ainda que futuramente exigidos e sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a exclusivo critério da **CONTRATADA**, mediante prévio aviso à **CONTRATANTE**.

17 | Cláusula Décima Sétima

DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1 – 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.

17.2 – 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).

17.2.1 – 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.

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

17.2.3 – 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.

17.3 – 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.

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

17.3.1.1 – 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 estes casos, de acordo com o que estiver previsto no novo plano.

17.4 – COBERTURAS EXTRA CONTRATUAIS 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 despendar, incluindo o valor da condenação judicial, custas, despesas processuais e administrativas e honorários advocatícios.

17.4.1 – 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.

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

17.5 – 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 ao presente Contrato e que nenhuma reclamação deve ser apresentada perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nem demanda judicial versando 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.

17.6 – 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, decorrentes de atos de responsabilidade de cada uma delas nos termos de suas obrigações legais e regulamentares serão por cada qual suportadas, de acordo com os critérios expostos a seguir:

17.6.1 – Serão de responsabilidade da **CONTRATANTE** os processos e demandas motivados por questões administrativas, incluindo, em rol meramente exemplificativo: emissão de boletos, 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 ao Estudo de Cobertura de Risco, omissão/inexatidão na informação sobre carências, coberturas parciais temporárias e rede de atendimento, entre outros.

17.6.1.1 – Caso seja determinado por decisão administrativa ou judicial a redução dos percentuais previstos por faixa etária, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar à **CONTRATADA** todo e qualquer valor que a **CONTRATADA** venha a despendar, incluindo o valor da 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** e o valor devido, contendo o reajuste por faixa etária, no caso de afastamento ou redução desse percentual.

17.6.2 – Serão de responsabilidade da **CONTRATADA** os processos e 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**, dentre outros.

17.6.3 – Será compartilhada igualmente entre as Partes a responsabilidade em relação aos processos e demandas envolvendo reajuste anual.

17.6.4 – As Partes estabelecem, por fim, que quando juridicamente possível, a Parte que foi demandada por ato que não seja de sua responsabilidade deverá comunicar a outra Parte para que: (i) compareça espontaneamente em juízo ou perante autoridade competente, reconhecendo sua condição de única e exclusiva responsável bem como fornecer à outra Parte toda e qualquer documentação solicitada por esta e que seja necessária para garantir sua defesa; e (ii) se possível, substituir a Parte demandada na demanda administrativa ou judicial.

17.7 – 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**.

17.8 – 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.

17.9 – NÃO PRESUNÇÃO: Não se admite a presunção de que a **CONTRATADA** ou a **CONTRATANTE** possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste Contrato ou de comunicação posterior por escrito.

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

17.11 – 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 houver cadastrado perante a Agência; resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais do Coordenador, a **CONTRATADA** responde pela omissão ou incorreção dos dados enviados, os quais serão preservados de acordo com o garantia de sigilo médico de informações.

17.12 – 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 danos decorrentes de eventual inclusão indevida, sem prejuízo da aplicação das penalidades contratuais cabíveis em razão do descumprimento desta obrigação.

17.13 – CONTRATOS COM 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 8.666/93.

18 | Cláusula Décima Oitava

DO FORO

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

PME
PRODUTOS DISPONÍVEIS PESSOA JURÍDICA – 600 S PME

Produtos disponibilizados para Pessoa Jurídica – Versão 600 S PME.

REGISTRO ANS	PRODUTO ANS	SEGMENTAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO	REEMBOLSO	TIPO CONTRATAÇÃO	PADRÃO ACOMODAÇÃO	FORMAÇÃO PREÇO	CÓD. REDE	NOME REDE	ABRANGÊNCIA
483754191	Amil Fácil S60 QC SP GM PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Não	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Presta-belecido	872	Amil Fácil S60 QC SP	Grupo de Municípios
483755190	Amil Fácil S60 QC SP GM Copart PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Presta-belecido	872	Amil Fácil S60 QC SP	Grupo de Municípios
483758194	Amil Fácil S60 QC SP BX Jundiáí GM PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Não	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Presta-belecido	873	Amil Fácil S60 QC SP BX Jundiáí	Grupo de Municípios
483759192	Amil Fácil S60 QC SP BX Jundiáí GM Copart PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Presta-belecido	873	Amil Fácil S60 QC SP BX Jundiáí	Grupo de Municípios
483762192	Amil Fácil S60 QC RJ GM PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Não	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Presta-belecido	874	Amil Fácil S60 QC RJ	Grupo de Municípios
483763191	Amil Fácil S60 QC RJ GM Copart PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Presta-belecido	874	Amil Fácil S60 QC RJ	Grupo de Municípios
483766195	Amil Fácil S60 QC PR GM PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Não	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Presta-belecido	875	Amil Fácil S60 QC PR	Grupo de Municípios
483767193	Amil Fácil S60 QC PR GM Copart PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Presta-belecido	875	Amil Fácil S60 QC PR	Grupo de Municípios

PME
PRODUTOS DISPONÍVEIS PESSOA JURÍDICA – 600 S PME

REGISTRO ANS	PRODUTO ANS	SEGMENTAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO	REEMBOLSO	TIPO CONTRATAÇÃO	PADRÃO ACOMODAÇÃO	FORMAÇÃO PREÇO	CÓD. REDE	NOME REDE	ABRANGÊNCIA
483770193	Amil Fácil S80 QC SP RJ DF PR PE GM PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Não	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Presta-belecido	876	Amil Fácil S80 QC SP RJ DF PR PE	Grupo de Municípios
483771191	Amil Fácil S80 QC SP RJ DF PR PE GM Copart PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Coletivo	Presta-belecido	876	Amil Fácil S80 QC SP RJ DF PR PE	Grupo de Municípios
483772190	Amil Fácil S80 QP SP RJ DF PR PE GM PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Não	Não	Coletivo Empresarial	Individual	Presta-belecido	877	Amil Fácil S80 QP SP RJ DF PR PE	Grupo de Municípios
483773198	Amil Fácil S80 QP SP RJ DF PR PE GM Copart PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Não	Coletivo Empresarial	Individual	Presta-belecido	877	Amil Fácil S80 QP SP RJ DF PR PE	Grupo de Municípios
483778199	Amil S380 QC Nac R PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Não	Sim	Coletivo Empresarial	Coletivo	Presta-belecido	883	Amil S380 QC	Nacional
483779197	Amil S380 QC Nac R Copart PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim	Coletivo Empresarial	Coletivo	Presta-belecido	883	Amil S380 QC	Nacional
483780191	Amil S380 QP Nac R PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Não	Sim	Coletivo Empresarial	Individual	Presta-belecido	884	Amil S380 QP	Nacional
483781199	Amil S380 QP Nac R Copart PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim	Coletivo Empresarial	Individual	Presta-belecido	884	Amil S380 QP	Nacional

PME
PRODUTOS DISPONÍVEIS PESSOA JURÍDICA – 600 S PME

REGISTRO ANS	PRODUTO ANS	SEGMENTAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO	REEMBOLSO	TIPO CONTRATAÇÃO	PADRÃO ACOMODAÇÃO	FORMAÇÃO PREÇO	CÓD. REDE	NOME REDE	ABRANGÊNCIA
483808194	Amil S450 QC Nac R PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Não	Sim	Coletivo Empresarial	Coletivo	Preesta- belecido	878	Amil S450 QC	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
483802195	Amil S450 QP Nac R PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Não	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
483814199	Amil S750 QP Nac R PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Não	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
483818191	Amil One S2500 QP Nac R PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Não	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
483822190	Amil One S6500 Black QP Nac R PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Não	Sim	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta- belecido	882	Amil One S6500 Black QP	Nacional
483823198	Amil One S6500 Black QP Nac R Copart PJ	Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia	Sim	Sim	Coletivo Empresarial	Individual	Preesta- belecido	882	Amil One S6500 Black QP	Nacional



ANEXOS DAS
COBERTURAS
ADICIONAIS

Processo SUSEP 15414.900150/2016-04

CONDIÇÕES CONTRATUAIS DAS COBERTURAS DE SEGURO

COBERTURAS	Plano 1	Plano 2	Plano 3
Despesas Médicas 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
Despesas Farmacêuticas (DF)	USD 500,00	USD 1.000,00	USD 1.000,00
Translado Médico (TM)	USD 5.000,00	USD 10.000,00	USD 10.000,00
Translado do Corpo (TC)	USD 15.000,00	USD 15.000,00	USD 15.000,00
Regresso Sanitário (RS)	USD 30.000,00	USD 60.000,00	USD 100.000,00
Regresso Antecipado (RA)	USD 2.000,00	USD 2.500,00	USD 3.500,00
Retorno de Familiares em Caso de Falecimento do Segurado (RFFS)	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
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
Retorno por Sinistro no Domicílio (RD)	USD 2.000,00	USD 2.500,00	USD 3.500,00

*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 destes 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 a Real Brasileiro na data do sinistro. As coberturas que eventualmente estiverem sido fixadas e estipuladas em Euros (EUR) são validas para viagens realizadas dentro do território dos Estados-membros da União Europeia e Estados Associados, signatários do tratado de Schengen. Fora destes países, aplica-se o limite de cobertura em Dólares norte-americanos (USD).

Para todos os efeitos destas Condições Contratuais, o **BENEFICIÁRIO** vinculado a um aos 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 independente 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.

Incluem-se nesse conceito:

- (i) O suicídio ou sua tentativa, 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 sequestros e tentativas de sequestros; e
- (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, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- (ii) As intercorrências ou complicações consequentes da 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 os mesmos, 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-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- (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.

AVISO DE SINISTRO: Documento por meio do qual comunicar à Seguradora a ocorrência de sinistro.

APÓLICE: Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação do risco solicitada pelo Estipulante. Ato escrito que constitui a prova normal do contrato.

BAGAGEM: todo volume acondicionado em compartimento fechado e despachado, e que esteja comprovadamente sob responsabilidade da companhia aérea.

Não será considerada, para efeito deste seguro, a bagagem não despachada e transportada com o Segurado (bagagem de mão).

BENEFICIÁRIO: Pessoa física designada para receber os valores dos capitais segurados na hipótese de ocorrer sinistro coberto.

CAPITAL SEGUADO: Valor máximo para a cobertura contratada, a ser pago pela Seguradora ao Segurado na hipótese de ocorrer sinistro coberto.

CARÊNCIA: Período contado a partir da data de início de vigência do seguro, do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro (em caso de suspensão), durante o qual, ainda que ocorra evento coberto – sinistro –, o segurado ou os **BENEFICIÁRIOS** não terão direito ao recebimento dos capitais segurados contratados.

CENTRAL DE ASSISTÊNCIA: Central de atendimento que ficará responsável por receber as solicitações de serviços feitas pelo segurado ou por seu acompanhante. A Central de Assistência estará disponível durante 365 dias por ano, 24 horas por dia e será responsável por organizar, monitorar a prestação de serviço ao segurado e efetuar eventuais pagamentos diretamente ao prestador de serviço.

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.

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, quando couber, do Estipulante.

CÔNJUGE: É a(o) esposa(o) do Segurado(a). A(o) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do sinistro.

CORRETOR DE SEGUROS: Pessoa física ou jurídica devidamente habilitada para intermediar a comercialização de contratos de seguros. O Corretor de seguros responderá civilmente perante o Estipulante, os segurados e a Seguradora pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão, além de ser responsável por dar ciência ao Estipulante/Segurado de qualquer informação relativa ao seguro e/ ou comunicação efetuada pela Seguradora.

DECLARAÇÃO MÉDICA: Documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o médico-assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

DOENÇA OU DEFICIÊNCIA PREEEXISTENTE: Toda debilidade, congênita, adquirida ou decorrente de acidente, que comprometa a função orgânica ou motora ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta, quer por suas consequências indiretas, existentes anteriormente à contratação do seguro e da qual o segurado tenha conhecimento no momento da contratação e que não tenha sido informada por ele no momento da assinatura da proposta de adesão.

DOENÇA CONGÊNITA: É a moléstia inata desenvolvida que ocasione incapacidade e que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor do segurado.

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.

DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL: Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência com expectativa de morte eminente, conforme atestado pelo médico assistente do paciente e desde que reconhecido pela Seguradora.

DOLO: Ato consciente por meio do qual alguém induz outro a erro, agindo com má-fé, por meio fraudulento e visando um prejuízo físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

EMERGÊNCIA: Situação na qual o segurado necessita de atendimento imediato, pois existe risco de morte.

EVENTO COBERTO: É o 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, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador, quando não participar do custeio.

FILHO: filho(s), enteado(s) e o(s) absolutamente incapaz(es) considerado(s) dependente(s) do Segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda - IRPF, exceto se houver disposição Contratual em contrário.

FRAUDE: Obtenção, para si ou para outrem, de vantagem ilícita, financeira ou material, em prejuízo alheio, mantendo ou até induzindo alguém em erro, mediante ardil, artifício ou qualquer outro meio que possa enganar. Nos termos da legislação penal brasileira, é uma das formas de estelionato.

FURTO: ato de subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel (Conforme art. 155 do Código Penal).

HOSPITAL: É o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes.

Não se entende como estabelecimento hospitalar:

- (i) Clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos;
- (ii) Local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;
- (iii) Qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
- (iv) Instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
- (v) Casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
- (vi) "Home care" (internação domiciliar).

HOSPITALIZAÇÃO: É a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação, de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

INDENIZAÇÃO: Pagamento em dinheiro efetuado pela Seguradora ao segurado ou ao seu(s) **BENEFICIÁRIO(s)**, quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada.

ÍNDICE DE ATUALIZAÇÃO DE VALORES: É o índice econômico adotado pela Seguradora para atualização dos valores.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

LAUDO MÉDICO: Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, sobre as condições físicas e de saúde do proponente.

MÉDICO: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Não serão aceitos como médico: o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

MÉDICO ASSISTENTE: Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

MEMBROS DA FAMÍLIA: Serão considerados como membros da família: pai, mãe, irmãos, cônjuges, filhos e enteados do Segurado.

OMISSÃO: Ocultação de fato ou circunstâncias que, se fossem revelados, levariam o Segurador a recusar o risco ou aceitá-lo a gravações tarifárias ao prêmio e/ou outras condições.

PREJUÍZO: Perda econômica/material decorrente dos eventos cobertos na Apólice.

PRÊMIO: Importância paga à Seguradora em contrapartida à aceitação e cobertura do risco a que o segurado está exposto.

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.

REGIME AMBULATORIAL: Ambiente para atendimentos de problemas relacionados à saúde de pacientes que não precisam de internação nem de estar acamados.

RISCO: Evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e para cuja proteção se contrata o seguro.

RISCOS EXCLUÍDOS: Eventos, indicados em cláusula própria, cuja ocorrência não gera para a Seguradora, obrigação de indenizar.

ROUBO: subtração de bem, cometida mediante ameaça ou emprego de violência contra pessoa ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência, quer pela ação física, quer pela aplicação de narcóticos ou assalto à mão armada.

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

QUADRO CLÍNICO: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um paciente.

SINISTRO: Realização do risco coberto pela apólice, durante a vigência desta.

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

URGÊNCIA: Situação na qual o segurado necessita de atendimento, não caracterizado como de emergência, podendo aguardar o atendimento de casos emergenciais.

VIGÊNCIA: É o período pelo qual está contratado o seguro.

1 | Objetivo do Seguro

1.1 – Este seguro tem por objetivo garantir ao segurado ou a seu(s) **BENEFICIÁRIOS**, 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” pela legislação vigente.

2 | Âmbito Geográfico

2.1 – Estão cobertos eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, exceto no Brasil. As indenizações ou reembolsos serão pagos em moeda nacional, conforme coberturas contratadas.

3 | Elegibilidade

3.1 – Poderão contratar os serviços previstos no presente instrumento as **Pessoas Jurídicas** que tenham adquirido um dos planos de saúde coletivos empresarias 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 a contratação do serviço previsto no presente instrumento os **CONTRATANTES** dos produtos denominados **Amil Fácil S60, Amil Fácil S80, 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 permitido 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 corresponde ao valor máximo para as coberturas de seguro contratadas, e será pago ou reembolsado pela Seguradora na ocorrência de sinistro coberto pela apólice 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.

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 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.

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 outra forma pactuada;

7.1.3 – Em caso de sinistro, registrar a ocorrência deste junto às 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 excluídos das presentes Coberturas Contratuais os riscos indicados abaixo:

8.1.1 – Indenizações em caso de suicídio ou sua tentativa por parte do Segurado quando tal evento ocorrer nos primeiros dois anos da vigência do seguro ou da sua recondução depois de suspenso, conforme o art. 798 do código civil e contados:

(i) do início de vigência individual do seguro; ou

(ii) da solicitação de aumento de capital segurado feita exclusivamente pelo Segurado. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado;

8.1.2 – Situações decorrentes de uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

8.1.3 – Atos de hostilidade ou de guerra, invasão, ato de inimigo estrangeiro, operações bélicas civis ou militares, revolução, terrorismo, nacionalização, subversão, conspiração, rebelião, insurreição, confisco, agitação, revolta, sedição, sublevação, motins, tumultos, greves, lockouts ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrém;

8.1.4 – Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo **BENEFICIÁRIO** ou pelo representante legal, de um ou de outro;

8.1.5 – Atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores legais, empregados do segurado, pelo **BENEFICIÁRIO** e seus respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;

8.1.6 – Epidemias, pandemias e/ou gripe aviária declarados por órgão competente;

8.1.7 – Envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores;

8.1.8 – Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

8.1.9 – Eventos em que o segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;

8.1.10 – Erupção vulcânica, inundação e alagamento de qualquer espécie, vendaval, furacão, ciclone, tornado e granizo ou qualquer outra convulsão da natureza;

8.1.11 – Perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado 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, não obstante o que em contrário possam dispor as condições contratuais do presente seguro;

8.1.12 – Mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa excetuando-se os casos de suicídio ou sua tentativa;

8.1.13 – Tratamentos e procedimentos relativos à obesidade mórbida inclusive gastroplastia redutora, doenças congênitas, esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;

8.1.14 – Choque anafilático e suas consequências, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;

8.1.15 – Doações ou transplantes de órgãos ou tecidos;

8.1.16 – Parto ou aborto exceto quando decorrente de acidente pessoal;

8.1.17 – Qualquer tipo de hérnia e suas consequências exceto quando decorrente de acidente pessoal;

8.1.18 – Perda de dentes e danos estéticos;

8.1.19 – Procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;

8.1.20 – Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

8.1.21 – Eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do segurado para condução de veículo automotor;

8.1.22 – Eventos de competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o segurado estiver no exercício da prática de esportes.

8.1.23 – Viagens em aeronaves ou embarcações:

- (i) que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para vôo ou navegação;
- (ii) dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;
- (iii) que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.

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 qualquer 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) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível;

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, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- (ii) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao(s) **BENEFICIÁRIO**(s) ou restringindo a garantia contratada para riscos futuros.

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

9.4 – O Segurado deixar de participar o sinistro à Seguradora tão-Logo tome conhecimento, bem como não adotar as providências imediatas para minorar suas consequências;

9.5 – O segurado deixar de cumprir as obrigações e normas estabelecidas nestas Condições Contratuais.

10 | Procedimentos em Caso de Sinistro

10.1 – Condições básicas

10.1.1 – Ocorrendo um evento coberto:

- (i) **Em se tratando de cobertura de seguro**, o sinistro deverá ser comunicado pelo Segurado, por seu **BENEFICIÁRIO**(s) ou por seu representante, imediatamente, tão-Logo o Segurado, seu **BENEFICIÁRIO** ou seu representante tenham ciência do evento, devendo a documentação indicada neste item ser dirigida à Seguradora, aos cuidados do Departamento de Sinistros ou, ainda, ser direcionada à Seguradora ou por intermédio da Central de Atendimento.

- (ii) **Em se tratando de cobertura de assistência**, o Segurado, seu **BENEFICIÁRIO(s)** ou seu representante poderão, à sua livre escolha e desde que a Seguradora mantenha, no(s) local(is) de destino, uma rede de serviços autorizada, solicitar a prestação de serviços através do número da Central de Atendimento indicada no Certificado Individual.

Por ocasião do sinistro, o Segurado, seu(s) **BENEFICIÁRIO(s)** ou seu representante, poderá optar pela prestação de serviços diretamente por parte da Seguradora ou pela realização dos serviços à sua conta, ocasião em que ele poderá acionar serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

- (iii) Será considerada como data da comunicação a data de protocolo de entrega e recebimento pelo Departamento de Sinistros da Seguradora. Se a comunicação tiver sido remetida pelos Correios, mediante Aviso de Recebimento ("AR"), será considerada como data da comunicação aquela constante do AR assinado pela Seguradora.

10.1.2 – Documentos básicos em caso de Sinistros:

Para agilidade no processo de regulação e liquidação do sinistro, por ocasião de sua comunicação, o Segurado, seu **BENEFICIÁRIO** ou seu representante, deverá apresentar os seguintes documentos/informações:

(i) **Segurado:**

- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia do CPF (se Pessoa Física);
- Cópia da Certidão de Nascimento ou de Casamento;
- Cópia do comprovante de residência.
- Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, que deverá ser preenchido pelo Segurado ou seu **BENEFICIÁRIO**.

(ii) **BENEFICIÁRIO:**

I. **Cônjuge e/ou Companheiro(a):**

- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia de CPF;

- Cópia do Comprovante de Residência;
- Cópia de certidão de casamento ou a cópia de Declaração de União Estável ou Imposto de Renda, junto a Receita Federal do Brasil.

(iii) Situações específicas:

- Caso o Segurado ou o **BENEFICIÁRIO** seja pessoa com idade inferior a 18 (dezoito) anos, sem pai e mãe, a indenização será paga conforme o estabelecido na legislação vigente.
- Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.
- Além da documentação geral indicada nestas Condições Contratuais, poderá a Seguradora, ainda, solicitar a entrega de documentação especial indicada para cada tipo de ocorrência, segundo previsto nas Condições Especiais de cada uma das coberturas contratadas.
- Mediante dúvida fundada e justificada, a Seguradora reserva-se o direito de solicitar cópia de outros documentos que venha a considerar necessários à liquidação do sinistro;
- A relação de documentos necessários à regulação de sinistro está prevista em cada uma das respectivas cláusulas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.
- Independentemente dos documentos específicos para cada cobertura, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.
- Caso a Seguradora solicite o envio de documentação e/ou informação complementar ao Segurado com base em dúvida fundada e justificável, o prazo para liquidação de sinistros de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

10.2 – Regulação de Sinistros

Para cálculo da indenização e da responsabilidade da Seguradora, será considerada como data do evento:

10.2.1 – Para as Coberturas de Despesas Médicas Hospitalares e/ou Odontológicas em Viagem Internacional (DMHO-VI), Regresso Sanitário (RS) e Translado Médico (TM), a data constante dos documentos que comprovem a necessidade de despesas.

10.2.2 – Para a de Translado do Corpo (TC), a data do falecimento do segurado.

10.2.3 – Para as demais coberturas, a data indicada nas respectivas Condições Especiais.

A indenização não poderá, em hipótese alguma, ser superior às quantias fixadas no Apólice, respeitados os limites máximos de indenização para cada cobertura.

Para o recebimento da Indenização o Segurado deverá comprovar satisfatoriamente a ocorrência do evento e de todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultada à Seguradora a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos.

As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) **BENEFICIÁRIO(s)** correrão por conta dos interessados, salvo os exames solicitados pela Seguradora ou de providências por esta determinadas.

10.3 – 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 só não importam reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

O pagamento da indenização será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos mencionados pelo item 10.1.2.

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. O valor será, ainda, acrescido de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora.

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.

10.4 – 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 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 as mesmas indicadas 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 o aviso prévio de 60 (sessenta dias).

CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS DE SEGURO

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

1.1 – Riscos Cobertos

Esta cobertura garante o reembolso ou a prestação de serviço, limitado ao capital segurado, das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, realizadas sob supervisão de médico ou de dentista, nas quais tenha incorrido o Segurado em razão de acidente pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorridos durante o período de viagem ao exterior, observadas as disposições relativas aos riscos excluídos previstas nas condições contratuais do seguro e nestas condições especiais.

O tratamento gerador das despesas, realizado sob orientação médica, deverá ocorrer enquanto o segurado estiver em viagem e respeitando o período vigência da Apólice.

Elegibilidade: São elegíveis para o recebimento desta cobertura as pessoas físicas que estiverem viajando ao exterior, durante o período de viagem informado no Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data constante nos documentos que comprovam a realização das despesas. Será considerada sem efeito qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente à ocorrência do evento coberto.

O limite de capital segurado para esta cobertura está indicado no certificado individual.

As despesas médicas hospitalares e/ou odontológicas ocasionadas por doenças preexistentes ou crônicas incorridas pelo Segurado somente serão reembolsadas quando tais despesas tiverem sido consideradas necessárias à estabilização de um quadro clínico de emergência ou urgência, de modo a permitir que ele possa continuar sua viagem ou retornar ao seu local de residência. O reembolso dessas despesas respeitará o limite de capital segurado contratado. Não haverá cobertura para a continuidade e o controle dos tratamentos iniciados, tampouco para despesas com check-up e extensão de receitas.

A indenização relativa a essa cobertura somente será devida quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

Após o pagamento da indenização relativa a essa cobertura, a Seguradora irá reintegrar automaticamente o capital segurado sem cobrança de Prêmio adicional.

1.2 – Riscos excluídos

Além dos riscos excluídos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal e do disposto na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) destas Condições Contratuais, estão também excluídas:

- (i) Despesas incorridas pelo Segurado durante seu estado de convalescença (isto é: após alta médica) e despesas com acompanhantes;
- (ii) Despesas com aparelhos considerados como órteses de qualquer natureza e com próteses, ressalvadas as próteses pela perda de dente(s) natural(is) quando tal perda decorrer de acidente pessoal coberto;
- (iii) Despesas com reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos etc;
- (iv) Despesas decorrentes de lesões intra-articulares de joelho;
- (v) Despesas decorrentes de lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- (vi) Despesas decorrentes de síndromes compreensivas nervosas;
- (vii) Despesas decorrentes de fraturas patológicas;
- (viii) Despesas decorrentes de dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites todas crônicas quando não gerarem um quadro clínico de emergência ou urgência;
- (ix) Despesas decorrentes de entesopatia;
- (x) Despesas decorrentes de entorses, distensões, contusões e luxação de ombro todas crônicas quando não gerarem um quadro clínico de emergência ou urgência; e doenças mentais e psiquiátricas.

1.3 – Procedimentos em caso de sinistros

1.3.1 – Cálculo da Indenização

As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas 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 esta cobertura.

Caso o Segurado esteja vinculado a mais de um contrato de seguro com cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, ainda que garantidos por outra(s) seguradora(s), proceder-se-á sob a forma de rateio. Sendo assim, o total dos gastos incorridos pelo Segurado a título de despesas médicas será somado e, em seguida, será feita uma divisão dessas despesas entre as seguradoras, na proporção dos capitais segurados em cada uma das apólices vigentes na data do sinistro.

Caso o Segurado opte pela prestação de serviços médicos, hospitalares e odontológicos de sua livre escolha, deverá escolher profissionais habilitados para tal, efetuando o pagamento e apresentando o comprovante de despesas à Seguradora posteriormente.

Na hipótese de optar pelo atendimento via Central de Assistência, sem necessidade de desembolso de valores, ele (seu **BENEFICIÁRIO** ou representante) deverá entrar em Contato com a Central de Atendimento da Seguradora informando: (i) nome completo do Segurado; (ii) CPF ou número da proposta; (iii) local e telefone do local onde se encontra; (iv) a descrição do sinistro e que tipo de informação e/ou ajuda de que necessita.

1.3.2 – Documentos básicos a serem apresentados em caso de sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) destas Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (iii) Cópia do Certificado Individual;
- (iv) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- (v) Cópia de BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- (vi) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- (vii) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- (viii) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- (ix) Radiografias e/ou resultados dos exames realizados;
- (x) Notas fiscais e recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas.
- (xi) Declaração do médico-assistente, indicando os medicamentos e procedimentos realizados e utilizados, assinada e com firma reconhecida;

2 | Despesas Farmacêuticas (DF)

2.1 – Riscos Cobertos

Esta cobertura garante o reembolso, limitado ao capital segurado, das despesas com medicamento prescritas sob orientação médica e decorrentes de acidente pessoal ou enfermidade cobertos, observando-se os riscos excluídos previstos nestas condições especiais e nas condições contratuais do seguro.

Está coberto exclusivamente o reembolso das despesas com medicamento comprovadas mediante apresentação de notas fiscais e até o limite do capital segurado contratado.

Elegibilidade: São elegíveis para o recebimento desta cobertura as pessoas físicas que estiverem viajando ao exterior, durante o período de viagem informado no Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data constante nos documentos que comprovam a necessidade das despesas. Será considerada sem efeito qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente à ocorrência do evento coberto.

O limite de capital segurado para esta cobertura está indicado no certificado individual.

2.2 – Riscos excluídos

Estão excluídos os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal e do disposto na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) destas Condições Contratuais.

2.3 – Procedimentos em caso de sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) destas Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (iii) Cópia do Certificado Individual;
- (iv) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- (v) Notas fiscais e recibos originais das despesas farmacêuticas;
- (vi) Declaração/Laudo do médico-assistente, assinado e com firma reconhecida, justificando o motivo e confirmando a enfermidade e/ou acidente pessoal do segurado e os medicamentos necessários.

3 | Translado Médico (TM)

3.1 – Riscos cobertos

Esta cobertura garante o reembolso, limitado ao capital segurado, das despesas com remoção do Segurado até clínica ou hospital mais próximo ou a transferência do Segurado para uma clínica ou hospital em condições de atendê-lo, caso essa remoção ou transferência tenha sido: (i) causada por acidente pessoal ou enfermidade cobertos e (ii) solicitada pelo médico assistente. Poderá tal cobertura, ainda, caracterizar-se pela prestação direta dos serviços de remoção ou transferência, mencionados acima, sem necessidade de desembolso por parte do segurado e limitado ao valor da importância segurada. Em ambos os casos, serão observadas as disposições relativas a riscos excluídos previstas nestas Condições Especiais e nas condições contratuais do seguro.

Quando requisitado por médico ou equipe médica responsável pelo atendimento, mais de uma remoção, observar-se-á o limite do capital segurado contratado para esta cobertura.

Elegibilidade: São elegíveis para o recebimento desta cobertura as pessoas físicas que estiverem viajando ao exterior, durante o período de viagem informado no Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data constante nos documentos que comprovam a realização das despesas. Será considerada sem efeito qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente à ocorrência do evento coberto.

O limite de capital segurado para esta cobertura está indicado no certificado individual.

A indenização relativa a essa cobertura somente será devida quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

3.2 – Riscos excluídos

Estão excluídos os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal e do disposto na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) destas Condições Contratuais.

3.3 – Procedimentos em caso de sinistros

Caso o Segurado opte pela prestação do serviço diretamente pela Central de Assistência, o Segurado, seu **BENEFICIÁRIO** ou representante deverá contactar a Central de Atendimento informando: (i) nome completo do segurado; (ii) CPF ou número da proposta; (iii) local e telefone do local onde se encontra; (iv) a descrição do sinistro e que tipo de informação e/ou ajuda de que necessita.

Caso o Segurado necessite de remoção do local do evento ao local de atendimento mais próximo, a Central de Assistência não conseguirá intervir nos casos de Emergência, ocasião em que será garantido ao Segurado o reembolso das despesas havidas com essa remoção, após apresentação dos documentos comprobatórios.

3.3.1 – Documentos Básicos em Caso de Sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) das Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente à cobertura o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (iii) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- (iv) Cópia do Certificado Individual;
- (v) Notas fiscais e recibos originais das despesas com a remoção ou transferência do segurado;
- (vi) Declaração/Laudo do médico-assistente, atestando a necessidade do segurado de transferência para clínica ou hospital que possa melhor atendê-lo, assinada e com firma reconhecida.

4 | Translado de Corpo (TC)

4.1 – Riscos cobertos

Esta cobertura garante o reembolso, limitado ao capital segurado, das despesas com a liberação e transporte do corpo do Segurado do local de ocorrência do evento coberto até o domicílio ou local de sepultamento, estando incluídos nestas despesas todos os procedimentos e objetos imprescindíveis ao translado do corpo. Poderá tal cobertura, ainda, caracterizar-se pela prestação direta dos serviços de liberação e transporte, mencionados acima, sem necessidade de desembolso por parte do segurado e limitado ao valor da importância segurada. Em ambos os casos, serão observadas as disposições relativas a riscos excluídos previstas nestas Condições Especiais e nas Condições Contratuais do Seguro.

Elegibilidade: São elegíveis para o recebimento desta cobertura as pessoas físicas que estiverem viajando ao exterior, durante o período de viagem informado no Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data do falecimento do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada. Será considerada sem efeito qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente à ocorrência do evento coberto.

O limite de capital segurado para esta cobertura está indicado no certificado individual.

A indenização relativa a essa cobertura somente será devida quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

4.2 – Riscos excluídos

Estão excluídos os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal e do disposto na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) destas Condições Gerais.

4.3 – Procedimentos em caso de sinistros

Caso o Segurado opte pela prestação do serviço diretamente pela Central de Assistência, o **BENEFICIÁRIO** ou representante do segurado deverá contactar a Central de Atendimento informando: (i) nome completo do segurado; (ii) CPF ou número da proposta; (iii) local e telefone do local onde o corpo se encontra; (iv) a descrição do sinistro e que tipo de informação e/ou ajuda de que necessita.

4.4 – Documentos básicos em caso de Sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) destas Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

4.4.1 – Em caso de Morte Decorrente de Doença:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) **BENEFICIÁRIO(s)**;
- (ii) Formulário “Autorização de Pagamento – Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos **BENEFICIÁRIOS**;
- (iii) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) **BENEFICIÁRIO(s)**;
- (iv) Cópia do Certificado Individual;

- (v) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- (vi) Notas fiscais e recibos originais das despesas com liberação e transporte do corpo do segurado;

4.4.2 – Em caso de Morte Decorrente de Acidente:

Além dos Documentos relacionados no item 4.4.1, acima, o **BENEFICIÁRIO** deverá providenciar:

- (i) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- (ii) Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- (iii) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- (iv) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- (v) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

5 | Regresso Sanitário (RS)

5.1 – Riscos cobertos

Esta cobertura garante o reembolso, limitado ao Capital Segurado, de despesas com o traslado de regresso do Segurado ao local de origem da viagem ou ao seu domicílio, caso este não se encontre em condições de retornar como passageiro regular por motivo de acidente pessoal ou enfermidade cobertos. Poderá tal cobertura, ainda, caracterizar-se pela prestação direta dos serviços de regresso sanitário sem necessidade de desembolso por parte do segurado e limitado ao valor da importância segurada. Em ambos os casos, serão observadas as disposições relativas a riscos excluídos previstas nestas Condições Especiais e nas Condições Contratuais do seguro.

Elegibilidade: São elegíveis para o recebimento desta cobertura as pessoas físicas que estiverem viajando ao exterior, durante o período de viagem informado no Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data constante nos documentos que comprovam a necessidade das despesas. Será considerada sem efeito qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente à ocorrência do evento coberto.

O limite de capital segurado para esta cobertura está indicado no certificado individual.

A indenização relativa a essa cobertura somente será devida quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

5.2 – Riscos excluídos

Estão excluídos os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal e do disposto na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) destas Condições Contratuais.

5.3 – Procedimentos em caso de sinistros

Caso o Segurado opte pela prestação do serviço diretamente pela Central de Assistência, o **BENEFICIÁRIO** ou representante do segurado deverá contactar a Central de Atendimento informando: (i) nome completo do segurado; (ii) CPF ou número da proposta; (iii) local e telefone do local onde o segurado se encontra; (iv) a descrição do sinistro e que tipo de informação e/ou ajuda de que necessita.

5.4 – Documentos básicos em caso de sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) destas Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura, o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (iii) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- (iv) Cópia do Certificado Individual;

- (v) Notas fiscais e recibos originais das despesas com o traslado de regresso do segurado ao local de origem da viagem ou de seu domicílio;
- (vi) Declaração/Laudo do médico-assistente, atestando que o segurado não se encontrava em condições de retornar como passageiro regular por motivo de acidente pessoal ou enfermidade assinada e com firma reconhecida.

6 | Regresso Antecipado (RA)

6.1 – Riscos cobertos

Esta cobertura garante o reembolso, limitado ao Capital Segurado, de despesas com o traslado de regresso antecipado do segurado ao local de origem da viagem ou a seu domicílio, caso o Segurado fique impossibilitado de concluir a viagem devido a doença, acidente ou falecimento de um membro da família, observadas as disposições relativas a riscos excluídos previstas nestas Condições Especiais e nas Condições Contratuais do seguro.

Compreende-se como despesa de regresso: (i) o custo de remarcação da passagem aérea original de retorno, em classe econômica, ou, quando não for possível a remarcação, (ii) o custo de uma passagem de retorno, em classe econômica, desde o local onde o segurado se encontra até seu domicílio.

Elegibilidade: São elegíveis para o recebimento desta cobertura as pessoas físicas que estiverem viajando ao exterior, durante o período de viagem informado no Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data constante nos documentos que comprovam a necessidade das despesas. Será considerada sem efeito qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente à ocorrência do evento coberto.

O limite de capital segurado para esta cobertura está indicado no certificado individual.

A indenização relativa a essa cobertura somente será devida quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

6.2 – Riscos excluídos

Estão excluídos dessa cobertura (i) os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal, (ii) os riscos dispostos na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) destas Condições Contratuais e (iii) as viagens realizadas por outro meio de transporte que não seja o transporte aéreo comercial (avião de linha regular).

6.3 – Documentos básicos em caso de sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) destas Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura, o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

6.3.1 – Para todas as ocasiões:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (iii) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- (iv) Cópia do Certificado Individual;
- (v) Notas fiscais e recibos originais das despesas com o traslado de regresso antecipado do segurado ao local de origem da viagem ou de seu domicílio.

6.3.2 – Quando o Regresso Antecipado for necessário por motivo de doença: além dos documentos relacionados no item 6.3.1: declaração/laudo do médico-assistente, assinado e com firma reconhecida, justificando o motivo do regresso e confirmando a enfermidade do Segurado, que o obriga a retornar antecipadamente.

6.3.3 – Quando o Regresso Antecipado for necessário por motivo de acidente: além dos documentos relacionados no item 6.3.1: declaração/laudo do médico-assistente, assinada e com firma reconhecida, relatando a lesão sofrida pelo Segurado e confirmando a impossibilidade de locomoção, obrigando o Segurado a retornar antecipadamente.

6.3.4 – Quando o Regresso Antecipado for necessário por motivo de falecimento de membros da família, além dos documentos relacionados no item 6.3.1, acima, o Segurado deverá providenciar:

- (i) Documentação que comprove o grau de parentesco entre o Segurado e o membro familiar falecido;
- (ii) Cópia do Atestado de Óbito do familiar falecido.

7 | Retorno de Familiares em Caso de Falecimento do Segurado (RFFS)

7.1 – Riscos cobertos

Esta cobertura garante o reembolso, limitado ao capital segurado, das despesas relativas ao traslado de regresso antecipado dos membros da família do segurado até o local de início da viagem ou até seu domicílio caso o segurado venha a falecer em função de um acidente pessoal ou enfermidade cobertos e os membros da família do segurado possuam passagem aérea de retorno datada ou com regras limitadas para remarcação e regresso. Poderá tal cobertura, ainda, caracterizar-se pela prestação direta dos serviços, sem necessidade de desembolso por parte do segurado e limitado ao valor da importância segurada. Em ambos os casos, serão observadas as disposições relativas a riscos excluídos previstas nestas Condições Especiais e nas Condições Contratuais do seguro.

Sempre que não for possível utilizar a passagem original, os membros da família deverão retornar com passagem aérea de classe econômica.

Elegibilidade: São elegíveis para o recebimento desta cobertura os membros da família do segurado falecido que estiverem em viagem ao exterior.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data constante nos documentos que comprovam a necessidade das despesas. Será considerada sem efeito qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente à ocorrência do evento coberto.

O limite de capital segurado para esta cobertura está indicado no certificado individual.

A indenização relativa a essa cobertura somente será devida quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

7.2 – Riscos excluídos

Estão excluídos dessa cobertura (i) os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal, (ii) os riscos dispostos na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) destas Condições Contratuais.

7.3 – Procedimentos em caso de sinistros

Caso o Segurado opte pela prestação do serviço diretamente pela Central de Assistência, o **BENEFICIÁRIO** ou representante do segurado deverá contactar a Central de Atendimento informando: (i) nome completo do segurado; (ii) CPF ou número da proposta; (iii) local e telefone do local onde o segurado se encontra; (iv) a descrição do sinistro e que tipo de informação e/ou ajuda de que necessita.

7.4 – Documentos básicos em caso de sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) destas Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

7.4.1 – Em caso de morte do segurado por doença:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência dos membros da família;
- (iii) Cópia do Certificado Individual;
- (iv) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- (v) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelos membros da família;
- (vi) Notas fiscais e recibos originais das despesas com a hospedagem e transporte;
- (vii) Declaração/Laudo do médico-assistente, atestando a internação com data de entrada, assinada e com firma reconhecida;
- (viii) Passagens aéreas originais e os respectivos comprovantes de pagamentos;
- (ix) Comprovantes do valor da(s) multa(s) retida(s) no caso de cancelamento;
- (x) Contrato de prestação de serviços dos organizadores da viagem, que devem prever as multas em caso de cancelamento, conforme determinação da EMBRATUR.

7.4.2 – Em caso de morte do segurado por acidente: Além dos documentos relacionados no item anterior:

- (i) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- (ii) Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;

- (iii) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- (iv) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- (v) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

8 | Acompanhamento de Menor e/ou Idoso (AMI)

8.1 – Riscos cobertos

Esta Cobertura garante que o Segurado que, viajando como único adulto acompanhando um ou mais menores de 16 (dezesesseis) anos ou um ou mais idosos maiores de 60 (sessenta) anos, tenha sido internado em decorrência de acidente pessoal ou enfermidade cobertos, seja reembolsado, nos limites do capital segurado, das despesas com o traslado de um segundo membro da família para acompanhamento do(s) menor(es) e/ou idoso(s). Poderá tal cobertura, ainda, caracterizar-se pela prestação direta dos serviços, sem necessidade de desembolso por parte do segurado e limitado ao valor da importância segurada. Em ambos os casos, serão observadas as disposições relativas a riscos excluídos previstas nestas Condições Especiais e nas condições contratuais do seguro.

Para fins de reembolso de despesas, serão garantidas apenas as despesas de transporte, devidamente comprovadas mediante apresentação de notas fiscais, até o limite do capital segurado contratado.

O Segurado poderá optar pelo retorno antecipado do(s) menor (es) ou idoso(s) ao seu domicílio, caso lhe seja mais conveniente. Caso a opção do Segurado seja pelo retorno antecipado, sempre que não for possível utilizar a passagem originalmente designada para esse(s) menor(es) ou idoso(s), eles deverão retornar com passagem aérea de classe econômica.

Elegibilidade: São elegíveis para o recebimento desta cobertura as pessoas físicas que estiverem viajando ao exterior, durante o período de viagem informado no Certificado Individual do Segurado.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data constante nos documentos que comprovam a necessidade das despesas. Será considerada sem efeito qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente à ocorrência do evento coberto.

O limite de capital segurado para esta cobertura está indicado no Certificado Individual de Seguro.

A indenização relativa a essa cobertura somente será devida quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

8.2 – Riscos excluídos

Estão excluídos dessa cobertura: (i) os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal, (ii) os riscos dispostos na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) das Condições Contratuais e as despesas extras não relacionadas com a hospedagem, tais como alimentação, lazer, entretenimento, locações, telefone, fax, celular etc.

8.3 – Procedimentos em caso de sinistros

Caso o Segurado opte pela prestação do serviço diretamente pela Central de Assistência, o **BENEFICIÁRIO** ou representante do segurado deverá contactar a Central de Atendimento informando: (i) nome completo do segurado; (ii) CPF ou número da proposta; (iii) local e telefone do local onde o segurado se encontra; (iv) a descrição do sinistro e que tipo de informação e/ou ajuda de que necessita..

8.4 – Documentos básicos em caso de sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) das Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura, o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (iii) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- (iv) Cópia do Certificado Individual;
- (v) Documentos que comprovem que o(s) menor(es) e/ou idoso(s) eram de fato acompanhante de viagem do segurado, tais como cópia das passagens originais;

Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do(s) menor(es) e/ou idoso(s);

- (vi) Notas fiscais e recibos originais das despesas com o transporte;
- (vii) Declaração/Laudo do médico-assistente, justificando o motivo e confirmando a enfermidade e/ou acidente pessoal do segurado que o impossibilita de seguir acompanhando o(s) menor(es) e/ou idoso(s), assinada e com firma reconhecida.

9 | Visita ao Usuário Segurado Hospitalizado (VUSH)

9.1 – Riscos cobertos

Esta cobertura garante o reembolso, limitado ao Capital Segurado, das despesas com transporte (passagem aérea ou rodoviária) de ida e volta e hospedagem para um acompanhante caso o Segurado fique hospitalizado em função de acidente pessoal ou enfermidade cobertos em hospital localizado fora do seu domicílio e não possua acompanhante no local da viagem. Poderá tal cobertura, ainda, caracterizar-se pela prestação direta dos serviços, sem necessidade de desembolso por parte do segurado e limitado ao valor da importância segurada. Em ambos os casos, serão observadas as disposições relativas a riscos excluídos previstas nestas Condições Especiais e nas Condições Gerais do Seguro.

O acompanhante deverá ser indicado pelo Segurado ou, na impossibilidade de indicação por parte deste, por algum membro da família.

Não será permitida, em hipótese alguma, (i) a prorrogação do período de diárias estabelecido na Apólice; (ii) a compensação de valores, caso o valor das diárias no hotel escolhido pelo acompanhante Segurado seja inferior ao limite do Capital Segurado.

9.2 – Despesas cobertas

Esta cobertura garante apenas despesas com hospedagem e transporte devidamente comprovadas mediante apresentação de notas fiscais, até o limite do capital segurado.

Elegibilidade: São elegíveis as pessoas físicas que estiverem no período de viagem contratado.

Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data constante dos documentos que comprovem a necessidade de despesas.

As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

9.3 – Riscos excluídos

Estão excluídos dessa cobertura: (i) os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal, (ii) os riscos dispostos na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) das Condições Contratuais e as despesas extras não relacionadas com a hospedagem, tais como alimentação, lazer, entretenimento, locações, telefone, fax, celular etc.

9.4 – Procedimentos em caso de sinistros

Caso o Segurado opte pela prestação do serviço diretamente pela Central de Assistência, o **BENEFICIÁRIO** ou representante do segurado deverá contactar a Central de Atendimento informando: (i) nome completo do segurado; (ii) CPF ou número da proposta; (iii) local e telefone do local onde o segurado se encontra; (iv) a descrição do sinistro e que tipo de informação e/ou ajuda de que necessita.

9.5 – Documentos básicos em caso de sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) das Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura, o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Cópia do Certificado Individual;
- (iii) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- (iv) Notas fiscais e recibos originais das despesas com a hospedagem e transporte;
- (v) Declaração/Laudo do médico-assistente, atestando a internação com data de entrada, assinada e com firma reconhecida;
- (vi) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.

10 | Hospedagem em Hotel após Alta Hospitalar (HHAH)

10.1 – Riscos cobertos

Esta Cobertura garante ao Segurado o reembolso, limitado ao Capital Segurado, de despesas com hospedagem caso o Segurado, hospitalizado em função de acidente pessoal ou enfermidade cobertos, fique impossibilitado de retornar a seu domicílio ou ao local de origem da viagem após alta hospitalar. Para a caracterização da cobertura exige-se que a impossibilidade de retorno do Segurado seja constatada pela equipe médica, requerida pelo médico assistente e comprovada por laudo médico. Poderá tal cobertura, ainda, caracterizar-se pela prestação direta dos serviços, sem necessidade de desembolso por parte do segurado e limitado ao valor da importância segurada. Em ambos os casos, serão observadas as disposições relativas a riscos excluídos previstas nestas Condições Especiais e nas Condições Contratuais do Seguro.

Não será permitida, em hipótese alguma, a compensação de valores, caso o valor das diárias no hotel escolhido pelo acompanhante Segurado seja inferior ao limite do Capital Segurado.

10.2 – Despesas cobertas

Para fins de reembolso de despesas, serão garantidas apenas as despesas de hospedagem, devidamente comprovadas mediante apresentação de notas fiscais, até o limite do capital segurado contratado.

Esta cobertura garante apenas despesas com hospedagem devidamente comprovadas mediante apresentação de notas fiscais, limitadas ao capital segurado.

Elegibilidade: São elegíveis para o recebimento desta cobertura as pessoas físicas que estiverem viajando ao exterior, durante o período de viagem informado no Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data constante nos documentos que comprovam a necessidade das despesas. Será considerada sem efeito qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente à ocorrência do evento coberto.

O limite de capital segurado para esta cobertura está indicado no certificado individual.

A indenização relativa a essa cobertura somente será devida quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

10.3 – Riscos excluídos

Estão excluídos dessa cobertura: (i) os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal, (ii) os riscos dispostos na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) das Condições Contratuais e as despesas extras não relacionadas com a hospedagem, tais como alimentação, lazer, entretenimento, locações, telefone, fax, celular etc.

10.4 – Procedimentos em caso de sinistros

Caso o Segurado opte pela prestação do serviço diretamente pela Central de Assistência, o **BENEFICIÁRIO** ou representante do segurado deverá contactar a Central de Atendimento informando: (i) nome completo do segurado; (ii) CPF ou número da proposta; (iii) local e telefone do local onde o segurado se encontra; (iv) a descrição do sinistro e que tipo de informação e/ou ajuda de que necessita.

10.5 – Documentos básicos em caso de sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) das Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (iii) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- (iv) Cópia do Certificado Individual;
- (v) Notas fiscais e recibos originais das despesas com a hospedagem;
- (vi) Declaração/Laudo do médico-assistente, justificando o motivo e confirmando a enfermidade e/ou acidente pessoal do segurado que o impossibilita de retornar ao seu local de origem de viagem ou de seu domicílio, mesmo após alta hospitalar, necessitando de hospedagem, assinada e com firma reconhecida.

11 | Retorno por Sinistro no Domicílio (RD)

11.1 – Riscos cobertos

Esta cobertura garante que o Segurado que precisar retornar a seu domicílio em razão de incêndio, explosão, roubo com danos e/ou violência ocorridas em sua residência – evento que deve ser notificado às autoridades competentes –, quando não houver outra pessoa que possa se encarregar da situação, seja reembolsado das despesas incorridas para seu regresso. Poderá tal cobertura, ainda, caracterizar-se pela prestação direta dos serviços, sem necessidade de desembolso por parte do segurado e limitado ao valor da importância segurada. Em ambos os casos, serão observadas as disposições relativas a riscos excluídos previstas nestas Condições Especiais e nas Condições Contratuais do Seguro.

Sempre que não for possível utilizar a passagem originalmente designada, o Segurado deverá retornar com passagem aérea de classe econômica ou passagem rodoviária.

O capital Segurado será definido e indicado no Certificado Individual de Seguro.

Elegibilidade: São elegíveis as pessoas físicas que estiverem no período de viagem informado no Certificado Individual do Seguro.

Será considerada como data do evento coberto para efeitos de determinação do Capital Segurado a data constante nos documentos que comprovam a necessidade de retorno ao domicílio.

O limite do capital segurado para esta cobertura está indicado no Certificado Individual.

As indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro contratado.

11.2 – Riscos excluídos

Estão excluídos dessa cobertura: (i) os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal, (ii) os riscos dispostos na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) das Condições Contratuais e (iii) o retorno à residência caso os danos decorrentes de incêndio, explosão, roubo com danos e/ou violência à residência não tenham sido não formalizados junto às autoridades competentes.

11.3 – Procedimentos em caso de sinistros

Caso o Segurado opte pela prestação do serviço diretamente pela Central de Assistência, o **BENEFICIÁRIO** ou representante do segurado deverá contactar a Central de Atendimento informando: (i) nome completo do segurado; (ii) CPF ou número da proposta; (iii) local e telefone do local onde o segurado se encontra; (iv) a descrição do sinistro e que tipo de informação e/ou ajuda de que necessita.

11.4 – Documentos básicos em caso de sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) das Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura, o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Formulário “Autorização de Pagamento – Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (iii) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado;
- (iv) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial);
- (v) Cartão de Embarque ou E-Ticket;
- (vi) Carta discriminando os bens sinistrados.

12 | 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 junto à Susep poderão ser consultadas em www.susep.gov.br, de acordo com o Processo Susep nº 15414.900150/2016-04 (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 a sua comercialização. Seguro garantido pela AXA Seguros S/A - CNPJ: 19.323.190/0001-06 – Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 1600, 15º andar, Itaim Bibi, São Paulo/SP, CEP: 04543-000, Registro Susep 02852.

CONDIÇÕES GERAIS DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

COBERTURAS	Plano 1	Plano 2	Plano 3
Adiantamento para pagamento de fiança	US\$ 2.000,00	US\$ 20.000,00	US\$ 20.000,00
Auxílio na Localização de Bagagem	Sim	Sim	Sim
Adiantamento de fundos em caso de extravio de bagagem	US\$ 100,00	US\$ 300,00	US\$ 300,00
Concierge (Serviços de informação e organização)			
Assessoria Empresarial	Sim	Sim	Sim
Assessoria Cultural e Turística	Sim	Sim	Sim
Assessoria para Viagens	Sim	Sim	Sim
Envio de Documentos	sim	Sim	Sim
Segunda Opinião Médica	Sim	Sim	Sim

*As coberturas estipuladas em Euros (EUR) são validas para viagens realizadas dentro do território dos Estados-membros da União Europeia e Estados Associados, signatários do tratado de Schengen. Fora destes 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 24h ao Segurado

Para utilizar os Serviços de Assistência, o Segurado deverá acionar a Central de Atendimento por meio de:

- CHAMADAS NACIONAIS: 0800 725 2204
- CHAMADAS DO EXTERIOR: 11 4196-8196

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 PARA PAGAMENTO DE FIANÇA

Caso o Segurado, em viagem internacional, necessite pagar fiança judicial para obter liberdade provisória, a Central de Assistência providenciará o adiantamento desse valor, limitado ao valor previsto no plano contratado e informado no Bilhete do Seguro.

Importante: A liberação do adiantamento para pagamento de fiança será feita mediante assinatura, pelo Segurado ou por seu representante legal, de Termo de Reconhecimento de Dívida, no qual compromete-se a restituir à Central de Assistência o valor adiantado no prazo máximo de 60 (sessenta dias), do adiantamento. O valor das despesas, caso adiantadas em moeda estrangeira, deverá pago em moeda de curso forçado (Real Brasileiro), convertida Segundo a taxa de câmbio “turismo” da data da restituição.

3.2 – AUXILIO NA LOCALIZAÇÃO DE BAGAGEM

Em caso de extravio de bagagem devidamente despachada em vôos regulares, o Segurado poderá entrar em contato com a Central de Assistência para auxílio com a localização da bagagem junto à Companhia Aérea responsável pelo transporte.

Assim que tomar ciência do extravio e antes de deixar o aeroporto, o Segurado deverá comunicar o extravio à companhia aérea responsável, oficializando sua reclamação através de formulário próprio (P.I.R. – Property Irregularity Report).

Em seguida, o Segurado deverá comunicar tal extravio à Central de Assistência para que esta possa realizar o acompanhamento do processo de localização da bagagem junto à companhia aérea. Deverá o Segurado, ainda, informar o endereço provisório em que poderá ser localizado e para onde a companhia aérea possa remeter a bagagem, na hipótese de ela ser localizada.

O serviço de acompanhamento será realizado pelo período máximo de até 30 (trinta) dias, contados do acionamento da Central de Assistência.

3.3 – ADIANTAMENTO DE FUNDOS EM CASO DE EXTRAVIO DE BAGAGEM

Em caso de furto ou roubo de dinheiro e/ou cartões de crédito/débito que impossibilitem o Segurado de pagar despesas com hospedagem em hotéis e/ou transportes, a Central de Assistência, poderá adiantar ao Segurado o adiantamento de valores, em conformidade com o plano a que ele pertencer. Para tanto, o Segurado assinará Termo de Reconhecimento de Dívida, no qual compromete-se a restituir à Central de Assistência o valor adiantado no prazo máximo de 60 (sessenta dias), do adiantamento. O valor das despesas, caso adiantadas em moeda estrangeira, deverá paga em moeda de curso forçado (Real Brasileiro), convertida Segundo a taxa de câmbio “turismo” da data da restituição.

3.4 – CONCIERGE

Os serviços de Concierge servem para auxiliar o Segurado na execução de algumas tarefas, disponibilizando uma equipe de profissionais 24 horas por dia para realizar a busca das informações solicitadas.

A Central de Assistência não se responsabilizará por eventuais solicitações feitas diretamente pelo Segurado sem que ela tivesse sido envolvida e tivesse previamente autorizado ou participado.

Uma vez que o serviço de Concierge auxilia a realizar busca, comprar ingressos e, em alguns casos, a organização do serviço, todas as despesas provenientes destas solicitações correrão por conta exclusiva do Segurado. É imprescindível que o Segurado possua Cartão de Crédito para que a assistência seja prestada.

O serviço poderá ser prestado nas seguintes especialidades:

3.4.1 – Viagem: destinos exóticos, lugares remotos, ecoturismo, viagens de férias ou de negócios, viagens para a prática de esportes radicais ou esportes de inverno, viagens de aventura, viagens de fim de semana, feriados prolongados.

3.4.2 – Serviços oferecidos: Reserva e compra de passagem aérea, de navio, de trem; elaboração e organização de pacotes de viagem personalizados; indicação e reserva de hotel; organização de transfer (IN/OUT); organização de locação de veículos; indicação de *city tour*, passeios temáticos e city guides; montagem de agenda cultural (eventos culturais, esportivos e sociais); indicação de passeios, trilhas, roteiros e caminhadas relacionadas à localidade de destino; informações de como chegar ao local de destino, obtenção de mapas, telefones e endereços úteis; elaboração de roteiros de viagem e pesquisa de localidade.

3.4.3 – Assessoria cultural e turística: assegura serviços como compra e entrega de ingressos para teatro, espetáculos musicais, shows, eventos diversos; compra e entrega de ingressos para torneios esportivos nacionais e internacionais, automobilismo, jogos de futebol; elaboração de agenda cultural e dicas relacionadas à programação noturna.

Todos os custos relacionados com as solicitações dos serviços do Concierge serão de inteira responsabilidade do Segurado.

3.5 – ASSESSORIA EMPRESARIAL

Quando o Segurado solicitar, a Central de Assistência organizará os seguintes serviços:

- (i) **Locação de equipamentos:** Telefone celular, computadores, notebooks, impressoras, projetores para apresentações, entre outros;
- (ii) **Locação de salas para realização de eventos:** convenções, palestras, conferências, exposições, “workshops”;
- (iii) **Indicação de profissional para trabalho em evento temporário:** recepcionista, secretária, tradutor, intérprete, mestre de cerimônias, manobrista e outros necessários à realização do evento.

3.6 – ASSESSORIA CULTURAL E TURÍSTICA

Informações sobre eventos culturais, lazer, além de indicações e reservas, conforme a seguir:

- (i) **Informações de Viagens:** documentações, passaportes, requisitos de vistos, vistos de entrada, vacinas; números de telefones de embaixadas e consulados brasileiros; informações meteorológicas; condições do trânsito e mapas; informações sobre o país e suas principais cidades.
- (ii) **Informações de eventos:** informações sobre horários e ingressos para ópera, balé, teatros, concertos, museus, shows e outras atividades culturais; informações sobre eventos esportivos; informações sobre locais para a prática de esportes.

É importante observar, para essa cobertura, que as informações prestadas serão de natureza turística e cultural.

- (iii) **Reserva e Compra de Ingressos:** reservas e compra de ingressos para peças de teatro, espetáculos musicais, concertos, museus, shows, jogos esportivos e outros eventos; reservas em restaurantes, bares e casas noturnas.

O custo do ingresso poderá ser acrescido de taxa de reserva e/ou entrega, cujo valor será informado quando da sua aquisição.

Esses ingressos estão sujeitos à disponibilidade local e, após solicitação, não será possível efetuar alterações ou cancelamentos.

Restituições de valores pagos para a compra de ingressos de eventos cancelados estão sujeitas às condições determinadas pela organizadora do evento.

Uma vez realizada a reserva, a Central de Assistência não garantirá a devolução de eventuais valores que tiverem sido adiantados.

(iv) Reserva em Restaurantes do Brasil e do Exterior: Sempre que o Segurado solicitar, a Central de Assistência efetuará reservas em restaurantes do Brasil e do exterior de sua preferência.

(v) Locações: Veículos de passeio, luxo, esportivos e especiais; limusines; imóveis de temporada, flats, castelos, ilhas; helicópteros, embarcações, aviões.

Uma vez realizada a locação, a Central de Assistência não garantirá a devolução de eventuais valores que tiverem sido adiantados.

(vi) Compra e envio de presentes: Envio de flores, balões, cestas; envio de bebidas finas, caixas de chocolate; presentes tradicionais e originais; organização de serenata, serestas; telegrama animado, telemensagens, chuvas de pétalas.

3.7 – ASSESSORIA PARA VIAGENS

O Segurado poderá contar com a Central de Assistência para fornecer os serviços de: assistência para viagem; reservas de hotel; reservas e confirmação de voos; transmissão de mensagens urgentes, exclusivamente para familiares domiciliados no Brasil e indicação de agências e/ou operadoras de viagens.

3.8 – ENVIO DE DOCUMENTOS

Garante atendimento ao Segurado em caso de extravio (perda, furto ou roubo) de qualquer documento **pessoal** considerado imprescindível para prosseguimento da viagem ou **profissional**, considerado imprescindível para a realização de seu trabalho.

Nesses casos, a Central de Assistência, sempre que possível, fornecerá informações relativas a: (i) como proceder seguindo a legislação local; (ii) quais os endereços e telefones de consulados ou embaixadas; (iii) quais os números de telefone das administradoras de cartões de crédito para o cancelamento de cartão, entre outros. Poderá, ainda entrar em contato com os familiares do Segurado, a fim de enviar cópias desses documentos ao **BENEFICIÁRIO**.

A remessa e postagem terá limite de peso até 01 (um) kg, dentro das exigências de postagem.

Este serviço será fornecido quando o Segurado encontrar-se em viagem distante mais de 100 (cem) quilômetros do Município de sua residência.

3.9 – SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

Garante ao Segurado o direito de obter uma segunda opinião médica em caso de enfermidades graves e/ou intervenções cirúrgicas de alta complexidade que demandem maiores informações sobre o diagnóstico e sobre os métodos de tratamento utilizáveis para tratamento da doença apresentada pelo Segurado durante a viagem.

3.9.1 – Descrição do serviço

Sempre que o Segurado entrar em contato com a Central de Assistência solicitando Segunda Opinião Médica, a Central procederá às seguintes atividades:

- (i) Compilação de histórico clínico e exames complementares: em comum acordo com o médico assistente do Segurado, a Central de Assistência, selecionará um consultor nacional ou internacional especialista patologia apresentada pelo Segurado;
- (ii) Formulação do pedido de Segunda Opinião Médica nos idiomas português, espanhol ou inglês.
- (iii) Prosseguimento da consulta e informação ao Segurado mediante qualquer requerimento;
- (iv) Recebimento da resposta, tradução para o português, e, se necessário, formulação de novas perguntas ou reiteração de perguntas não respondidas satisfatoriamente, se o caso;
- (v) Adição de bibliografia complementar;
- (vi) Entrega ao Segurado das respostas devidamente traduzidas com sua bibliografia correspondente.

4 | Exclusões e Limitações de Serviços

4.1 – Os Serviços de Assistência poderão sofrer limitação de:

- (i) **TEMPO:** somente poderão ser solicitados durante o período de vigência do Segurado e desde que ele ainda esteja no Âmbito Geográfico mencionado pela Cláusula Segunda.

Todavia, sempre que a assistência for iniciada dentro do prazo de vigência, o Segurado terá direito à continuidade dos serviços já iniciados, ainda que posteriormente se encerre a vigência contractual, desde que ele ainda esteja em viagem e mesmo que o período de cobertura tenha se expirado. **Novas solicitações não serão cobertas.**

- (ii) **COLABORAÇÃO DO SEGURADO:** Os serviços não poderão ser prestados sem a cooperação do Segurado ou de quem em seu nome requeira os serviços de assistência. São dados imprescindíveis ao atendimento: nome completo, número do voucher, endereço, qual o serviço de assistência desejado ou quaisquer outros considerados necessários, conforme a natureza do caso.

4.2 – Estão excluídos desse Serviços de Assistência:

- (i) Reembolso de despesas, tendo em vista a proibição contida na Resolução do CNSP nº 102 de 2004;
- (ii) Eventos decorrentes de fenômenos da natureza de caráter extraordinário, tais como: inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestade ciclônica atípica, furacões, maremotos e queda de meteoritos e quaisquer outros corpos siderais, ou quaisquer cataclismos decorrentes de catástrofes naturais ou calamidade pública;
- (iii) Eventos decorrentes de explosão, liberação de calor e irradiações provenientes de cisão e/ou fusão de átomos ou radioatividade e ainda os decorrentes de radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas, manuseio e exposição indevida a qualquer material de caráter radioativo ou material físico/químico contaminante;
- (iv) Ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves, decretação de estado de calamidade pública, detenção por parte de autoridade em decorrência de delito que não seja um acidente, salvo se o Segurado provar que a ocorrência não tem relação com os referidos eventos;

- (v) Eventos decorrentes de atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de paz;
- (vi) Questões que envolvam exclusivamente serviços de hotelaria do hospital, quando o Segurado estiver internado.

5 | Elegibilidade

São elegíveis aos serviços objeto do presente Contrato aos Clientes vinculados aos planos de saúde comercializados pela AMIL indicados na Tabela de Vendas vigentes 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 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 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.

Processo SUSEP 15414.900150/2016-04

CONDIÇÕES CONTRATUAIS DAS COBERTURAS DE SEGURO

COBERTURAS	Plano
Despesas Médicas Hospitalares e/ou Odontológicas em Viagem Internacional (DMHO-VI)	USD 300.000,00
Despesas Farmacêuticas (DF)	USD 1.000,00
Translado Médico (TM)	USD 10.000,00
Translado do Corpo (TC)	USD 15.000,00
Regresso Sanitário (RS)	USD 100.000,00
Regresso Antecipado (RA)	USD 3.500,00
Retorno de Familiares em Caso de Falecimento do Segurado (RFFS)	USD 3.500,00
Acompanhamento de Menor e/ou Idoso (AMI)	USD 3.500,00
Visita ao Usuário Segurado Hospitalizado (VUSH)	USD 1.250,00
Hospedagem em Hotel após Alta Hospitalar (HHAH)	USD 1.250,00
Retorno por Sinistro no Domicílio (RD)	USD 3.500,00

*As coberturas estipuladas em Euros (EUR) são validas para viagens realizadas dentro do território dos Estados-membros da União Europeia e Estados Associados, signatários do tratado de Schengen. Fora destes países, aplica-se o limite de cobertura em Dólares norte-americanos (USD).

| Apresentação

Neste documento são apresentadas as Condições Contratuais do Seguro Viagem no 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 a Real Brasileiro na data do sinistro. As coberturas que eventualmente estiverem sido fixadas e estipuladas em Euros (EUR) são validas para viagens realizadas dentro do território dos Estados-membros da União Europeia e Estados Associados, signatários do tratado de Schengen. Fora destes países, aplica-se o limite de cobertura em Dólares norte-americanos (USD).

Para todos os efeitos destas Condições Contratuais, o **BENEFICIÁRIO** vinculado a um aos 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 DESTES PLANOS 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 independente 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.

Incluem-se nesse conceito:

- (i) O suicídio ou sua tentativa, 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 sequestros e tentativas de sequestros; e
- (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, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- (ii) As intercorrências ou complicações consequentes da 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 os mesmos, 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-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- (iv) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz por acidente pessoal.

ÂMBITO GEOGRÁFICO: local de abrangência das coberturas da apólice.

AVISO DE SINISTRO: Documento por meio do qual comunicar à Seguradora a ocorrência de sinistro.

APÓLICE: Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação do risco solicitada pelo Estipulante. Ato escrito que constitui a prova normal do contrato.

BAGAGEM: todo volume acondicionado em compartimento fechado e despachado, e que esteja comprovadamente sob responsabilidade da companhia aérea.

Não será considerada, para efeito deste seguro, a bagagem não despachada e transportada com o Segurado (bagagem de mão).

BENEFICIÁRIO: Pessoa física designada para receber os valores dos capitais segurados na hipótese de ocorrer sinistro coberto.

CAPITAL SEGUADO: Valor máximo para a cobertura contratada, a ser pago pela Seguradora ao Segurado na hipótese de ocorrer sinistro coberto.

CARÊNCIA: Período contado a partir da data de início de vigência do seguro, do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro (em caso de suspensão), durante o qual, ainda que ocorra evento coberto – sinistro –, o segurado ou os **BENEFICIÁRIOS** não terão direito ao recebimento dos capitais segurados contratados.

CENTRAL DE ASSISTÊNCIA: Central de atendimento que ficará responsável por receber as solicitações de serviços feitas pelo segurado ou por seu acompanhante. A Central de Assistência estará disponível durante 365 dias por ano, 24 horas por dia e será responsável por organizar, monitorar a prestação de serviço ao segurado e efetuar eventuais pagamentos diretamente ao prestador de serviço.

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.

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, quando couber, do Estipulante.

CÔNJUGE: É a(o) esposa(o) do Segurado(a). A(o) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do sinistro.

CORRETOR DE SEGUROS: Pessoa física ou jurídica devidamente habilitada para intermediar a comercialização de contratos de seguros. O Corretor de seguros responderá civilmente perante o Estipulante, os segurados e a Seguradora pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão, além de ser responsável por dar ciência ao Estipulante/Segurado de qualquer informação relativa ao seguro e/ ou comunicação efetuada pela Seguradora.

DECLARAÇÃO MÉDICA: Documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o médico-assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

DOENÇA OU DEFICIÊNCIA PREEXISTENTE: Toda debilidade, congênita, adquirida ou decorrente de acidente, que comprometa a função orgânica ou motora ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta, quer por suas consequências indiretas, existentes anteriormente à contratação do seguro e da qual o segurado tenha conhecimento no momento da contratação e que não tenha sido informada por ele no momento da assinatura da proposta de adesão.

DOENÇA CONGÊNITA: É a moléstia inata desenvolvida que ocasione incapacidade e que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor do segurado.

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.

DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL: Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência com expectativa de morte eminente, conforme atestado pelo médico assistente do paciente e desde que reconhecido pela Seguradora.

DOLO: Ato consciente por meio do qual alguém induz outro a erro, agindo com má-fé, por meio fraudulento e visando um prejuízo físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

EMERGÊNCIA: Situação na qual o segurado necessita de atendimento imediato, pois existe risco de morte.

EVENTO COBERTO: É o 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, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador, quando não participar do custeio.

FILHO: filho(s), enteado(s) e o(s) absolutamente incapaz(es) considerado(s) dependente(s) do Segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda - IRPF, exceto se houver disposição Contratual em contrário.

FRAUDE: Obtenção, para si ou para outrem, de vantagem ilícita, financeira ou material, em prejuízo alheio, mantendo ou até induzindo alguém em erro, mediante ardil, artifício ou qualquer outro meio que possa enganar. Nos termos da legislação penal brasileira, é uma das formas de estelionato.

FURTO: ato de subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel (Conforme art. 155 do Código Penal).

HOSPITAL: É o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes.

Não se entende como estabelecimento hospitalar:

- (i) Clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos;
- (ii) Local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;
- (iii) Qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
- (iv) Instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
- (v) Casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
- (vi) "Home care" (internação domiciliar).

HOSPITALIZAÇÃO: É a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação, de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

INDENIZAÇÃO: Pagamento em dinheiro efetuado pela Seguradora ao segurado ou ao seu(s) **BENEFICIÁRIO**(s), quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada.

ÍNDICE DE ATUALIZAÇÃO DE VALORES: É o índice econômico adotado pela Seguradora para atualização dos valores.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

LAUDO MÉDICO: Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, sobre as condições físicas e de saúde do proponente.

MÉDICO: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Não serão aceitos como médico: o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

MÉDICO ASSISTENTE: Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

MEMBROS DA FAMÍLIA: Serão considerados como membros da família: pai, mãe, irmãos, cônjuges, filhos e enteados do Segurado.

OMISSÃO: Ocultação de fato ou circunstâncias que, se fossem revelados, levariam o Segurador a recusar o risco ou aceitá-lo a gravações tarifárias ao prêmio e/ou outras condições.

PREJUÍZO: Perda econômica/material decorrente dos eventos cobertos na Apólice.

PRÊMIO: Importância paga à Seguradora em contrapartida à aceitação e cobertura do risco a que o segurado está exposto.

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.

REGIME AMBULATORIAL: Ambiente para atendimentos de problemas relacionados à saúde de pacientes que não precisam de internação nem de estar acamados.

RISCO: Evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e para cuja proteção se contrata o seguro.

RISCOS EXCLUÍDOS: Eventos, indicados em cláusula própria, cuja ocorrência não gera para a Seguradora, obrigação de indenizar.

ROUBO: subtração de bem, cometida mediante ameaça ou emprego de violência contra pessoa ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência, quer pela ação física, quer pela aplicação de narcóticos ou assalto à mão armada.

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

QUADRO CLÍNICO: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um paciente.

SINISTRO: Realização do risco coberto pela apólice, durante a vigência desta.

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

URGÊNCIA: Situação na qual o segurado necessita de atendimento, não caracterizado como de emergência, podendo aguardar o atendimento de casos emergenciais.

VIGÊNCIA: É o período pelo qual está contratado o seguro.

1 | Objetivo do Seguro

1.1 – Este seguro tem por objetivo garantir ao segurado ou a seu(s) **BENEFICIÁRIOS**, durante o período de viagem ao exterior 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” pela legislação vigente.

2 | Âmbito Geográfico

2.1 – Estão cobertos eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, exceto no Brasil. As indenizações ou reembolsos serão pagos em moeda nacional, conforme coberturas contratadas.

3 | Elegibilidade

3.1 – Terão direito 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.

Amil One S2500 e Amil One S6500 Black

3.1.1 – São considerados elegíveis ao serviço previsto no presente instrumento os **CONTRATANTES** dos produtos denominados **Amil One 2500** e **Amil One 6500 Black**.

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 permitido 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 corresponde ao valor máximo para as coberturas de seguro contratadas, e será pago ou reembolsado pela Seguradora na ocorrência de sinistro coberto pela apólice 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.

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 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.

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 outra forma pactuada;

7.1.3 – Em caso de sinistro, registrar a ocorrência deste junto às 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 excluídos das presentes Coberturas Contratuais os riscos indicados abaixo:

8.1.1 – Indenizações em caso de suicídio ou sua tentativa por parte do Segurado quando tal evento ocorrer nos primeiros dois anos da vigência do seguro ou da sua recondução depois de suspenso, conforme o art. 798 do código civil e contados:

(i) do início de vigência individual do seguro; ou

(ii) da solicitação de aumento de capital segurado feita exclusivamente pelo Segurado. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado;

8.1.2 – Situações decorrentes de uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

8.1.3 – Atos de hostilidade ou de guerra, invasão, ato de inimigo estrangeiro, operações bélicas civis ou militares, revolução, terrorismo, nacionalização, subversão, conspiração, rebelião, insurreição, confisco, agitação, revolta, sedição, sublevação, motins, tumultos, greves, lockouts ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrém;

8.1.4 – Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo **BENEFICIÁRIO** ou pelo representante legal, de um ou de outro;

8.1.5 – Atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores legais, empregados do segurado, pelo **BENEFICIÁRIO** e seus respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;

8.1.6 – Epidemias, pandemias e/ou gripe aviária declarados por órgão competente;

8.1.7 – Envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores;

8.1.8 – Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

8.1.9 – Eventos em que o segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;

8.1.10 – Erupção vulcânica, inundação e alagamento de qualquer espécie, vendaval, furacão, ciclone, tornado e granizo ou qualquer outra convulsão da natureza;

8.1.11 – Perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado 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, não obstante o que em contrário possam dispor as condições contratuais do presente seguro;

8.1.12 – Mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa excetuando-se os casos de suicídio ou sua tentativa;

8.1.13 – Tratamentos e procedimentos relativos à obesidade mórbida inclusive gastroplastia redutora, doenças congênitas, esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;

8.1.14 – Choque anafilático e suas consequências, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;

8.1.15 – Doações ou transplantes de órgãos ou tecidos;

8.1.16 – Parto ou aborto exceto quando decorrente de acidente pessoal;

8.1.17 – Qualquer tipo de hérnia e suas consequências exceto quando decorrente de acidente pessoal;

8.1.18 – Perda de dentes e danos estéticos;

8.1.19 – Procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;

8.1.20 – Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

8.1.21 – Eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do segurado para condução de veículo automotor;

8.1.22 – Eventos de competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o segurado estiver no exercício da prática de esportes.

8.1.23 – Viagens em aeronaves ou embarcações:

- (i) que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para vôo ou navegação;
- (ii) dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;
- (iii) que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.

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 qualquer 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) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível;

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, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- (ii) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao(s) **BENEFICIÁRIO(s)** ou restringindo a garantia contratada para riscos futuros.

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

9.4 – O Segurado deixar de participar o sinistro à Seguradora tão-logo tome conhecimento, bem como não adotar as providências imediatas para minorar suas consequências;

9.5 – O segurado deixar de cumprir as obrigações e normas estabelecidas nestas Condições Contratuais.

10 | Procedimentos em Caso de Sinistro

10.1 – Condições básicas

10.1.1 – Ocorrendo um evento coberto:

- (i) Em se tratando de cobertura de seguro, o sinistro deverá ser comunicado pelo Segurado, por seu **BENEFICIÁRIO(s)** ou por seu representante, imediatamente, tão-logo o Segurado, seu **BENEFICIÁRIO** ou seu representante tenham ciência do evento, devendo a documentação indicada neste item ser dirigida à Seguradora, aos cuidados do Departamento de Sinistros ou, ainda, ser direcionada à Seguradora ou por intermédio da Central de Atendimento.
- (ii) Em se tratando de cobertura de assistência, o Segurado, seu **BENEFICIÁRIO(s)** ou seu representante poderão, à sua livre escolha e desde que a Seguradora mantenha, no(s) local(is) de destino, uma rede de serviços autorizada, solicitar a prestação de serviços através do número da Central de Atendimento indicada no Certificado Individual.

Por ocasião do sinistro, o Segurado, seu(s) **BENEFICIÁRIO(s)** ou seu representante, poderá optar pela prestação de serviços diretamente por parte da Seguradora ou pela realização dos serviços à sua conta, ocasião em que ele poderá acionar serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

- (iii) Será considerada como data da comunicação a data de protocolo de entrega e recebimento pelo Departamento de Sinistros da Seguradora. Se a comunicação tiver sido remetida pelos Correios, mediante Aviso de Recebimento ("AR"), será considerada como data da comunicação aquela constante do AR assinado pela Seguradora.

10.1.2 – Documentos básicos em caso de Sinistros:

Para agilidade no processo de regulação e liquidação do sinistro, por ocasião de sua comunicação, o Segurado, seu **BENEFICIÁRIO** ou seu representante, deverá apresentar os seguintes documentos/informações:

(i) Segurado:

- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia do CPF (se Pessoa Física);
- Cópia da Certidão de Nascimento ou de Casamento;
- Cópia do comprovante de residência.
- Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, que deverá ser preenchido pelo Segurado ou seu **BENEFICIÁRIO**.

(ii) BENEFICIÁRIO:

I. Cônjuge e/ou Companheiro(a):

- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia de CPF;
- Cópia do Comprovante de Residência;
- Cópia de certidão de casamento ou a cópia de Declaração de União Estável ou Imposto de Renda, junto a Receita Federal do Brasil.

(iii) Situações específicas:

- Caso o Segurado ou o **BENEFICIÁRIO** seja pessoa com idade inferior a 18 (dezoito) anos, sem pai e mãe, a indenização será paga conforme o estabelecido na legislação vigente.
- Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.
- Além da documentação geral indicada nestas Condições Contratuais, poderá a Seguradora, ainda, solicitar a entrega de documentação especial indicada para cada tipo de ocorrência, segundo previsto nas Condições Especiais de cada uma das coberturas contratadas.
- Mediante dúvida fundada e justificada, a Seguradora reserva-se o direito de solicitar cópia de outros documentos que venha a considerar necessários à liquidação do sinistro;
- A relação de documentos necessários à regulação de sinistro está prevista em cada uma das respectivas cláusulas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.
- Independentemente dos documentos específicos para cada cobertura, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.
- Caso a Seguradora solicite o envio de documentação e/ou informação complementar ao Segurado com base em dúvida fundada e justificável, o prazo para liquidação de sinistros de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

10.2 – Regulação de Sinistros

Para cálculo da indenização e da responsabilidade da Seguradora, será considerada como data do evento:

10.2.1 – Para as Coberturas de Despesas Médicas Hospitalares e/ou Odontológicas em Viagem Internacional (DMHO-VI), Regresso Sanitário (RS) e Translado Médico (TM), a data constante dos documentos que comprovem a necessidade de despesas.

10.2.2 – Para a de Translado do Corpo (TC), a data do falecimento do segurado.

10.2.3 – Para as demais coberturas, a data indicada nas respectivas Condições Especiais.

A indenização não poderá, em hipótese alguma, ser superior às quantias fixadas no Apólice, respeitados os limites máximos de indenização para cada cobertura.

Para o recebimento da Indenização o Segurado deverá comprovar satisfatoriamente a ocorrência do evento e de todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultada à Seguradora a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos.

As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) **BENEFICIÁRIO(s)** correrão por conta dos interessados, salvo os exames solicitados pela Seguradora ou de providências por esta determinadas.

10.3 – 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 só não importam reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

O pagamento da indenização será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos mencionados pelo item 10.1.2.

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. O valor será, ainda, acrescido de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora.

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.

10.4 – 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 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 o aviso prévio de 60 (sessenta dias).

CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS DE SEGURO

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

1.1 – Riscos Cobertos

Esta cobertura garante o reembolso ou a prestação de serviço, limitado ao capital segurado, das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, realizadas sob supervisão de médico ou de dentista, nas quais tenha incorrido o Segurado em razão de acidente pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorridos durante o período de viagem ao exterior, observadas as disposições relativas aos riscos excluídos previstas nas condições contratuais do seguro e nestas condições especiais.

O tratamento gerador das despesas, realizado sob orientação médica, deverá ocorrer enquanto o segurado estiver em viagem e respeitando o período vigência da Apólice.

Elegibilidade: São elegíveis para o recebimento desta cobertura as pessoas físicas que estiverem viajando ao exterior, durante o período de viagem informado no Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data constante nos documentos que comprovam a realização das despesas. Será considerada sem efeito qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente à ocorrência do evento coberto.

O limite de capital segurado para esta cobertura está indicado no certificado individual.

As despesas médicas hospitalares e/ou odontológicas ocasionadas por doenças preexistentes ou crônicas incorridas pelo Segurado somente serão reembolsadas quando tais despesas tiverem sido consideradas necessárias à estabilização de um quadro clínico de emergência ou urgência, de modo a permitir que ele possa continuar sua viagem ou retornar ao seu local de residência. O reembolso dessas despesas respeitará o limite de capital segurado contratado. Não haverá cobertura para a continuidade e o controle dos tratamentos iniciados, tampouco para despesas com check-up e extensão de receitas.

A indenização relativa a essa cobertura somente será devida quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

Após o pagamento da indenização relativa a essa cobertura, a Seguradora irá reintegrar automaticamente o capital segurado sem cobrança de Prêmio adicional.

1.2 – Riscos excluídos

Além dos riscos excluídos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal e do disposto na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) destas Condições Contratuais, estão também excluídas:

- (i) Despesas incorridas pelo Segurado durante seu estado de convalescença (isto é: após alta médica) e despesas com acompanhantes;
- (ii) Despesas com aparelhos considerados como órteses de qualquer natureza e com próteses, ressalvadas as próteses pela perda de dente(s) natural(is) quando tal perda decorrer de acidente pessoal coberto;
- (iii) Despesas com reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos etc;
- (iv) Despesas decorrentes de lesões intra-articulares de joelho;
- (v) Despesas decorrentes de lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- (vi) Despesas decorrentes de síndromes compreensivas nervosas;
- (vii) Despesas decorrentes de fraturas patológicas;
- (viii) Despesas decorrentes de dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites todas crônicas quando não gerarem um quadro clínico de emergência ou urgência;
- (ix) Despesas decorrentes de entesopatia;
- (x) Despesas decorrentes de entorses, distensões, contusões e luxação de ombro todas crônicas quando não gerarem um quadro clínico de emergência ou urgência; e doenças mentais e psiquiátricas.

1.3 – Procedimentos em caso de sinistros

1.3.1 – Cálculo da Indenização

As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas 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 esta cobertura.

Caso o Segurado esteja vinculado a mais de um contrato de seguro com cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, ainda que garantidos por outra(s) seguradora(s), proceder-se-á sob a forma de rateio. Sendo assim, o total dos gastos incorridos pelo Segurado a título de despesas médicas será somado e, em seguida, será feita uma divisão dessas despesas entre as seguradoras, na proporção dos capitais segurados em cada uma das apólices vigentes na data do sinistro.

Caso o Segurado opte pela prestação de serviços médicos, hospitalares e odontológicos de sua livre escolha, deverá escolher profissionais habilitados para tal, efetuando o pagamento e apresentando o comprovante de despesas à Seguradora posteriormente.

Na hipótese de optar pelo atendimento via Central de Assistência, sem necessidade de desembolso de valores, ele (seu **BENEFICIÁRIO** ou representante) deverá entrar em Contato com a Central de Atendimento da Seguradora informando: (i) nome completo do Segurado; (ii) CPF ou número da proposta; (iii) local e telefone do local onde se encontra; (iv) a descrição do sinistro e que tipo de informação e/ou ajuda de que necessita.

1.3.2 – Documentos básicos a serem apresentados em caso de sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) destas Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (iii) Cópia do Certificado Individual;
- (iv) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- (v) Cópia de BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;

- (vi) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- (vii) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- (viii) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- (ix) Radiografias e/ou resultados dos exames realizados;
- (x) Notas fiscais e recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas.
- (xi) Declaração do médico-assistente, indicando os medicamentos e procedimentos realizados e utilizados, assinada e com firma reconhecida;

2 | Despesas Farmacêuticas (DF)

2.1 – Riscos Cobertos

Esta cobertura garante o reembolso, limitado ao capital segurado, das despesas com medicamento prescritas sob orientação médica e decorrentes de acidente pessoal ou enfermidade cobertos, observando-se os riscos excluídos previstos nestas condições especiais e nas condições contratuais do seguro.

Está coberto exclusivamente o reembolso das despesas com medicamento comprovadas mediante apresentação de notas fiscais e até o limite do capital segurado contratado.

Elegibilidade: São elegíveis para o recebimento desta cobertura as pessoas físicas que estiverem viajando ao exterior, durante o período de viagem informado no Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data constante nos documentos que comprovam a necessidade das despesas. Será considerada sem efeito qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente à ocorrência do evento coberto.

O limite de capital segurado para esta cobertura está indicado no certificado individual.

2.2 – Riscos excluídos

Estão excluídos os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal e do disposto na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) destas Condições Contratuais.

2.3 – Procedimentos em caso de sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) destas Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (iii) Cópia do Certificado Individual;
- (iv) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- (v) Notas fiscais e recibos originais das despesas farmacêuticas;
- (vi) Declaração/Laudo do médico-assistente, assinado e com firma reconhecida, justificando o motivo e confirmando a enfermidade e/ou acidente pessoal do segurado e os medicamentos necessários.

3 | Translado Médico (TM)

3.1 – Riscos cobertos

Esta cobertura garante o reembolso, limitado ao capital segurado, das despesas com remoção do Segurado até clínica ou hospital mais próximo ou a transferência do Segurado para uma clínica ou hospital em condições de atendê-lo, caso essa remoção ou transferência tenha sido: (i) causada por acidente pessoal ou enfermidade cobertos e (ii) solicitada pelo médico assistente. Poderá tal cobertura, ainda, caracterizar-se pela prestação direta dos serviços de remoção ou transferência, mencionados acima, sem necessidade de desembolso por parte do segurado e limitado ao valor da importância segurada. Em ambos os casos, serão observadas as disposições relativas a riscos excluídos previstas nestas Condições Especiais e nas condições contratuais do seguro.

Quando requisitado por médico ou equipe médica responsável pelo atendimento, mais de uma remoção, observar-se-á o limite do capital segurado contratado para esta cobertura.

Elegibilidade: São elegíveis para o recebimento desta cobertura as pessoas físicas que estiverem viajando ao exterior, durante o período de viagem informado no Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data constante nos documentos que comprovam a realização das despesas. Será considerada sem efeito qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente à ocorrência do evento coberto.

O limite de capital segurado para esta cobertura está indicado no certificado individual.

A indenização relativa a essa cobertura somente será devida quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

3.2 – Riscos excluídos

Estão excluídos os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal e do disposto na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) destas Condições Contratuais.

3.3 – Procedimentos em caso de sinistros

Caso o Segurado opte pela prestação do serviço diretamente pela Central de Assistência, o Segurado, seu **BENEFICIÁRIO** ou representante deverá contactar a Central de Atendimento informando: (i) nome completo do segurado; (ii) CPF ou número da proposta; (iii) local e telefone do local onde se encontra; (iv) a descrição do sinistro e que tipo de informação e/ou ajuda de que necessita.

Caso o Segurado necessite de remoção do local do evento ao local de atendimento mais próximo, a Central de Assistência não conseguirá intervir nos casos de Emergência, ocasião em que será garantido ao Segurado o reembolso das despesas havidas com essa remoção, após apresentação dos documentos comprobatórios.

3.3.1 – Documentos Básicos em Caso de Sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) das Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente à cobertura o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (iii) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- (iv) Cópia do Certificado Individual;
- (v) Notas fiscais e recibos originais das despesas com a remoção ou transferência do segurado;
- (vi) Declaração/Laudo do médico-assistente, atestando a necessidade do segurado de transferência para clínica ou hospital que possa melhor atendê-lo, assinada e com firma reconhecida.

4 | Translado de Corpo (TC)

4.1 – Riscos cobertos

Esta cobertura garante o reembolso, limitado ao capital segurado, das despesas com a liberação e transporte do corpo do Segurado do local de ocorrência do evento coberto até o domicílio ou local de sepultamento, estando incluídos nestas despesas todos os procedimentos e objetos imprescindíveis ao translado do corpo. Poderá tal cobertura, ainda, caracterizar-se pela prestação direta dos serviços de liberação e transporte, mencionados acima, sem necessidade de desembolso por parte do segurado e limitado ao valor da importância segurada. Em ambos os casos, serão observadas as disposições relativas a riscos excluídos previstas nestas Condições Especiais e nas Condições Contratuais do Seguro.

Elegibilidade: São elegíveis para o recebimento desta cobertura as pessoas físicas que estiverem viajando ao exterior, durante o período de viagem informado no Certificado Individual de Seguro.

Amil One S2500 e Amil One S6500 Black

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data do falecimento do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada. Será considerada sem efeito qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente à ocorrência do evento coberto.

O limite de capital segurado para esta cobertura está indicado no certificado individual.

A indenização relativa a essa cobertura somente será devida quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

4.2 – Riscos excluídos

Estão excluídos os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal e do disposto na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) destas Condições Gerais.

4.3 – Procedimentos em caso de sinistros

Caso o Segurado opte pela prestação do serviço diretamente pela Central de Assistência, o **BENEFICIÁRIO** ou representante do segurado deverá contactar a Central de Atendimento informando: (i) nome completo do segurado; (ii) CPF ou número da proposta; (iii) local e telefone do local onde o corpo se encontra; (iv) a descrição do sinistro e que tipo de informação e/ou ajuda de que necessita.

4.4 – Documentos básicos em caso de Sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) destas Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

4.4.1 – Em caso de Morte Decorrente de Doença:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) **BENEFICIÁRIO(s)**;
- (ii) Formulário “Autorização de Pagamento – Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos **BENEFICIÁRIOS**;
- (iii) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) **BENEFICIÁRIO(s)**;
- (iv) Cópia do Certificado Individual;

- (v) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- (vi) Notas fiscais e recibos originais das despesas com liberação e transporte do corpo do segurado;

4.4.2 – Em caso de Morte Decorrente de Acidente:

Além dos Documentos relacionados no item 4.4.1, acima, o **BENEFICIÁRIO** deverá providenciar:

- (i) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- (ii) Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- (iii) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- (iv) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- (v) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

5 | Regresso Sanitário (RS)

5.1 – Riscos cobertos

Esta cobertura garante o reembolso, limitado ao Capital Segurado, de despesas com o traslado de regresso do Segurado ao local de origem da viagem ou ao seu domicílio, caso este não se encontre em condições de retornar como passageiro regular por motivo de acidente pessoal ou enfermidade cobertos. Poderá tal cobertura, ainda, caracterizar-se pela prestação direta dos serviços de regresso sanitário sem necessidade de desembolso por parte do segurado e limitado ao valor da importância segurada. Em ambos os casos, serão observadas as disposições relativas a riscos excluídos previstas nestas Condições Especiais e nas Condições Contratuais do seguro.

Elegibilidade: São elegíveis para o recebimento desta cobertura as pessoas físicas que estiverem viajando ao exterior, durante o período de viagem informado no Certificado Individual de Seguro.

Amil One S2500 e Amil One S6500 Black

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data constante nos documentos que comprovam a necessidade das despesas. Será considerada sem efeito qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente à ocorrência do evento coberto.

O limite de capital segurado para esta cobertura está indicado no certificado individual.

A indenização relativa a essa cobertura somente será devida quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

5.2 – Riscos excluídos

Estão excluídos os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal e do disposto na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) destas Condições Contratuais.

5.3 – Procedimentos em caso de sinistros

Caso o Segurado opte pela prestação do serviço diretamente pela Central de Assistência, o **BENEFICIÁRIO** ou representante do segurado deverá contactar a Central de Atendimento informando: (i) nome completo do segurado; (ii) CPF ou número da proposta; (iii) local e telefone do local onde o segurado se encontra; (iv) a descrição do sinistro e que tipo de informação e/ou ajuda de que necessita.

5.4 – Documentos básicos em caso de sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) destas Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura, o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (iii) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- (iv) Cópia do Certificado Individual;
- (v) Notas fiscais e recibos originais das despesas com o traslado de regresso do segurado ao local de origem da viagem ou de seu domicílio;

- (vi) Declaração/Laudo do médico-assistente, atestando que o segurado não se encontrava em condições de retornar como passageiro regular por motivo de acidente pessoal ou enfermidade assinada e com firma reconhecida.

6 | Regresso Antecipado (RA)

6.1 – Riscos cobertos

Esta cobertura garante o reembolso, limitado ao Capital Segurado, de despesas com o traslado de regresso antecipado do segurado ao local de origem da viagem ou a seu domicílio, caso o Segurado fique impossibilitado de concluir a viagem devido a doença, acidente ou falecimento de um membro da família, observadas as disposições relativas a riscos excluídos previstas nestas Condições Especiais e nas Condições Contratuais do seguro.

Compreende-se como despesa de regresso: (i) o custo de remarcação da passagem aérea original de retorno, em classe econômica, ou, quando não for possível a remarcação, (ii) o custo de uma passagem de retorno, em classe econômica, desde o local onde o segurado se encontra até seu domicílio.

Elegibilidade: São elegíveis para o recebimento desta cobertura as pessoas físicas que estiverem viajando ao exterior, durante o período de viagem informado no Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data constante nos documentos que comprovam a necessidade das despesas. Será considerada sem efeito qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente à ocorrência do evento coberto.

O limite de capital segurado para esta cobertura está indicado no certificado individual.

A indenização relativa a essa cobertura somente será devida quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

6.2 – Riscos excluídos

Estão excluídos dessa cobertura (i) os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal, (ii) os riscos dispostos na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) destas Condições Contratuais e (iii) as viagens realizadas por outro meio de transporte que não seja o transporte aéreo comercial (avião de linha regular).

6.3 – Documentos básicos em caso de sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) destas Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura, o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

6.3.1 – Para todas as ocasiões:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (iii) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- (iv) Cópia do Certificado Individual;
- (v) Notas fiscais e recibos originais das despesas com o traslado de regresso antecipado do segurado ao local de origem da viagem ou de seu domicílio.

6.3.2 – Quando o Regresso Antecipado for necessário por motivo de doença: além dos documentos relacionados no item 6.3.1: declaração/laudo do médico-assistente, assinado e com firma reconhecida, justificando o motivo do regresso e confirmando a enfermidade do Segurado, que o obriga a retornar antecipadamente.

6.3.3 – Quando o Regresso Antecipado for necessário por motivo de acidente: além dos documentos relacionados no item 6.3.1: declaração/laudo do médico-assistente, assinada e com firma reconhecida, relatando a lesão sofrida pelo Segurado e confirmando a impossibilidade de locomoção, obrigando o Segurado a retornar antecipadamente.

6.3.4 – Quando o Regresso Antecipado for necessário por motivo de falecimento de membros da família, além dos documentos relacionados no item 6.3.1, acima, o Segurado deverá providenciar:

- (i) Documentação que comprove o grau de parentesco entre o Segurado e o membro familiar falecido;
- (ii) Cópia do Atestado de Óbito do familiar falecido.

7 | Retorno de Familiares em Caso de Falecimento do Segurado (RFFS)

7.1 – Riscos cobertos

Esta cobertura garante o reembolso, limitado ao capital segurado, das despesas relativas ao traslado de regresso antecipado dos membros da família do segurado até o local de início da viagem ou até seu domicílio caso o segurado venha a falecer em função de um acidente pessoal ou enfermidade cobertos e os membros da família do segurado possuam passagem aérea de retorno datada ou com regras limitadas para remarcação e regresso. Poderá tal cobertura, ainda, caracterizar-se pela prestação direta dos serviços, sem necessidade de desembolso por parte do segurado e limitado ao valor da importância segurada. Em ambos os casos, serão observadas as disposições relativas a riscos excluídos previstas nestas Condições Especiais e nas Condições Contratuais do seguro.

Sempre que não for possível utilizar a passagem original, os membros da família deverão retornar com passagem aérea de classe econômica.

Elegibilidade: São elegíveis para o recebimento desta cobertura os membros da família do segurado falecido que estiverem em viagem ao exterior.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data constante nos documentos que comprovam a necessidade das despesas. Será considerada sem efeito qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente à ocorrência do evento coberto.

O limite de capital segurado para esta cobertura está indicado no certificado individual.

A indenização relativa a essa cobertura somente será devida quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

7.2 – Riscos excluídos

Estão excluídos dessa cobertura (i) os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal, (ii) os riscos dispostos na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) destas Condições Contratuais.

7.3 – Procedimentos em caso de sinistros

Caso o Segurado opte pela prestação do serviço diretamente pela Central de Assistência, o **BENEFICIÁRIO** ou representante do segurado deverá contactar a Central de Atendimento informando: (i) nome completo do segurado; (ii) CPF ou número da proposta; (iii) local e telefone do local onde o segurado se encontra; (iv) a descrição do sinistro e que tipo de informação e/ou ajuda de que necessita.

7.4 – Documentos básicos em caso de sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) destas Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

7.4.1 – Em caso de morte do segurado por doença:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência dos membros da família;
- (iii) Cópia do Certificado Individual;
- (iv) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- (v) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelos membros da família;
- (vi) Notas fiscais e recibos originais das despesas com a hospedagem e transporte;
- (vii) Declaração/Laudo do médico-assistente, atestando a internação com data de entrada, assinada e com firma reconhecida;
- (viii) Passagens aéreas originais e os respectivos comprovantes de pagamentos;
- (ix) Comprovantes do valor da(s) multa(s) retida(s) no caso de cancelamento;
- (x) Contrato de prestação de serviços dos organizadores da viagem, que devem prever as multas em caso de cancelamento, conforme determinação da EMBRATUR.

7.4.2 – Em caso de morte do segurado por acidente: Além dos documentos relacionados no item anterior:

- (i) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- (ii) Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;

- (iii) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- (iv) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- (v) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

8 | Acompanhamento de Menor e/ou Idoso (AMI)

8.1 – Riscos cobertos

Esta Cobertura garante que o Segurado que, viajando como único adulto acompanhando um ou mais menores de 16 (dezesesseis) anos ou um ou mais idosos maiores de 60 (sessenta) anos, tenha sido internado em decorrência de acidente pessoal ou enfermidade cobertos, seja reembolsado, nos limites do capital segurado, das despesas com o traslado de um segundo membro da família para acompanhamento do(s) menor(es) e/ou idoso(s). Poderá tal cobertura, ainda, caracterizar-se pela prestação direta dos serviços, sem necessidade de desembolso por parte do segurado e limitado ao valor da importância segurada. Em ambos os casos, serão observadas as disposições relativas a riscos excluídos previstas nestas Condições Especiais e nas condições contratuais do seguro.

Para fins de reembolso de despesas, serão garantidas apenas as despesas de transporte, devidamente comprovadas mediante apresentação de notas fiscais, até o limite do capital segurado contratado.

O Segurado poderá optar pelo retorno antecipado do(s) menor (es) ou idoso(s) ao seu domicílio, caso lhe seja mais conveniente. Caso a opção do Segurado seja pelo retorno antecipado, sempre que não for possível utilizar a passagem originalmente designada para esse(s) menor(es) ou idoso(s), eles deverão retornar com passagem aérea de classe econômica.

Elegibilidade: São elegíveis para o recebimento desta cobertura as pessoas físicas que estiverem viajando ao exterior, durante o período de viagem informado no Certificado Individual do Segurado.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data constante nos documentos que comprovam a necessidade das despesas. Será considerada sem efeito qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente à ocorrência do evento coberto.

O limite de capital segurado para esta cobertura está indicado no Certificado Individual de Seguro.

A indenização relativa a essa cobertura somente será devida quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

8.2 – Riscos excluídos

Estão excluídos dessa cobertura: (i) os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal, (ii) os riscos dispostos na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) das Condições Contratuais e as despesas extras não relacionadas com a hospedagem, tais como alimentação, lazer, entretenimento, locações, telefone, fax, celular etc.

8.3 – Procedimentos em caso de sinistros

Caso o Segurado opte pela prestação do serviço diretamente pela Central de Assistência, o **BENEFICIÁRIO** ou representante do segurado deverá contactar a Central de Atendimento informando: (i) nome completo do segurado; (ii) CPF ou número da proposta; (iii) local e telefone do local onde o segurado se encontra; (iv) a descrição do sinistro e que tipo de informação e/ou ajuda de que necessita..

8.4 – Documentos básicos em caso de sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) das Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura, o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (iii) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- (iv) Cópia do Certificado Individual;
- (v) Documentos que comprovem que o(s) menor(es) e/ou idoso(s) eram de fato acompanhante de viagem do segurado, tais como cópia das passagens originais;

Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do(s) menor(es) e/ou idoso(s);

- (vi) Notas fiscais e recibos originais das despesas com o transporte;
- (vii) Declaração/Laudo do médico-assistente, justificando o motivo e confirmando a enfermidade e/ou acidente pessoal do segurado que o impossibilita de seguir acompanhando o(s) menor(es) e/ou idoso(s), assinada e com firma reconhecida.

9 | Visita ao Usuário Segurado Hospitalizado (VUSH)

9.1 – Riscos cobertos

Esta cobertura garante o reembolso, limitado ao Capital Segurado, das despesas com transporte (passagem aérea ou rodoviária) de ida e volta e hospedagem para um acompanhante caso o Segurado fique hospitalizado em função de acidente pessoal ou enfermidade cobertos em hospital localizado fora do seu domicílio e não possua acompanhante no local da viagem. Poderá tal cobertura, ainda, caracterizar-se pela prestação direta dos serviços, sem necessidade de desembolso por parte do segurado e limitado ao valor da importância segurada. Em ambos os casos, serão observadas as disposições relativas a riscos excluídos previstas nestas Condições Especiais e nas Condições Gerais do Seguro.

O acompanhante deverá ser indicado pelo Segurado ou, na impossibilidade de indicação por parte deste, por algum membro da família.

Não será permitida, em hipótese alguma, (i) a prorrogação do período de diárias estabelecido na Apólice; (ii) a compensação de valores, caso o valor das diárias no hotel escolhido pelo acompanhante Segurado seja inferior ao limite do Capital Segurado.

9.2 – Despesas cobertas

Esta cobertura garante apenas despesas com hospedagem e transporte devidamente comprovadas mediante apresentação de notas fiscais, até o limite do capital segurado.

Elegibilidade: São elegíveis as pessoas físicas que estiverem no período de viagem contratado.

Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data constante dos documentos que comprovem a necessidade de despesas.

As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

9.3 – Riscos excluídos

Estão excluídos dessa cobertura: (i) os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal, (ii) os riscos dispostos na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) das Condições Contratuais e as despesas extras não relacionadas com a hospedagem, tais como alimentação, lazer, entretenimento, locações, telefone, fax, celular etc.

9.4 – Procedimentos em caso de sinistros

Caso o Segurado opte pela prestação do serviço diretamente pela Central de Assistência, o **BENEFICIÁRIO** ou representante do segurado deverá contactar a Central de Atendimento informando: (i) nome completo do segurado; (ii) CPF ou número da proposta; (iii) local e telefone do local onde o segurado se encontra; (iv) a descrição do sinistro e que tipo de informação e/ou ajuda de que necessita.

9.5 – Documentos básicos em caso de sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) das Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura, o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Cópia do Certificado Individual;
- (iii) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- (iv) Notas fiscais e recibos originais das despesas com a hospedagem e transporte;
- (v) Declaração/Laudo do médico-assistente, atestando a internação com data de entrada, assinada e com firma reconhecida;
- (vi) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.

10 | Hospedagem em Hotel após Alta Hospitalar (HHAH)

10.1 – Riscos cobertos

Esta Cobertura garante ao Segurado o reembolso, limitado ao Capital Segurado, de despesas com hospedagem caso o Segurado, hospitalizado em função de acidente pessoal ou enfermidade cobertos, fique impossibilitado de retornar a seu domicílio ou ao local de origem da viagem após alta hospitalar. Para a caracterização da cobertura exige-se que a impossibilidade de retorno do Segurado seja constatada pela equipe médica, requerida pelo médico assistente e comprovada por laudo médico. Poderá tal cobertura, ainda, caracterizar-se pela prestação direta dos serviços, sem necessidade de desembolso por parte do segurado e limitado ao valor da importância segurada. Em ambos os casos, serão observadas as disposições relativas a riscos excluídos previstas nestas Condições Especiais e nas Condições Contratuais do Seguro.

Não será permitida, em hipótese alguma, a compensação de valores, caso o valor das diárias no hotel escolhido pelo acompanhante Segurado seja inferior ao limite do Capital Segurado.

10.2 – Despesas cobertas

Para fins de reembolso de despesas, serão garantidas apenas as despesas de hospedagem, devidamente comprovadas mediante apresentação de notas fiscais, até o limite do capital segurado contratado.

Esta cobertura garante apenas despesas com hospedagem devidamente comprovadas mediante apresentação de notas fiscais, limitadas ao capital segurado.

Elegibilidade: São elegíveis para o recebimento desta cobertura as pessoas físicas que estiverem viajando ao exterior, durante o período de viagem informado no Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data constante nos documentos que comprovam a necessidade das despesas. Será considerada sem efeito qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente à ocorrência do evento coberto.

O limite de capital segurado para esta cobertura está indicado no certificado individual.

A indenização relativa a essa cobertura somente será devida quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

10.3 – Riscos excluídos

Estão excluídos dessa cobertura: (i) os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal, (ii) os riscos dispostos na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) das Condições Contratuais e as despesas extras não relacionadas com a hospedagem, tais como alimentação, lazer, entretenimento, locações, telefone, fax, celular etc.

10.4 – Procedimentos em caso de sinistros

Caso o Segurado opte pela prestação do serviço diretamente pela Central de Assistência, o **BENEFICIÁRIO** ou representante do segurado deverá contactar a Central de Atendimento informando: (i) nome completo do segurado; (ii) CPF ou número da proposta; (iii) local e telefone do local onde o segurado se encontra; (iv) a descrição do sinistro e que tipo de informação e/ou ajuda de que necessita.

10.5 – Documentos básicos em caso de sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) das Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (iii) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- (iv) Cópia do Certificado Individual;
- (v) Notas fiscais e recibos originais das despesas com a hospedagem;
- (vi) Declaração/Laudo do médico-assistente, justificando o motivo e confirmando a enfermidade e/ou acidente pessoal do segurado que o impossibilita de retornar ao seu local de origem de viagem ou de seu domicílio, mesmo após alta hospitalar, necessitando de hospedagem, assinada e com firma reconhecida.

11 | Retorno por Sinistro no Domicílio (RD)

11.1 – Riscos cobertos

Esta cobertura garante que o Segurado que precisar retornar a seu domicílio em razão de incêndio, explosão, roubo com danos e/ou violência ocorridas em sua residência – evento que deve ser notificado às autoridades competentes –, quando não houver outra pessoa que possa se encarregar da situação, seja reembolsado das despesas incorridas para seu regresso. Poderá tal cobertura, ainda, caracterizar-se pela prestação direta dos serviços, sem necessidade de desembolso por parte do segurado e limitado ao valor da importância segurada. Em ambos os casos, serão observadas as disposições relativas a riscos excluídos previstas nestas Condições Especiais e nas Condições Contratuais do Seguro.

Sempre que não for possível utilizar a passagem originalmente designada, o Segurado deverá retornar com passagem aérea de classe econômica ou passagem rodoviária.

O capital Segurado será definido e indicado no Certificado Individual de Seguro.

Elegibilidade: São elegíveis as pessoas físicas que estiverem no período de viagem informado no Certificado Individual do Seguro.

Será considerada como data do evento coberto para efeitos de determinação do Capital Segurado a data constante nos documentos que comprovam a necessidade de retorno ao domicílio.

O limite do capital segurado para esta cobertura está indicado no Certificado Individual.

As indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas quando o evento ocorrer dentro do período de vigência do seguro contratado.

11.2 – Riscos excluídos

Estão excluídos dessa cobertura: (i) os riscos apresentados no capítulo das Definições, no conceito de Acidente Pessoal, (ii) os riscos dispostos na Cláusula Oitava (“Riscos Excluídos”) das Condições Contratuais e (iii) o retorno à residência caso os danos decorrentes de incêndio, explosão, roubo com danos e/ou violência à residência não tenham sido não formalizados junto às autoridades competentes.

11.3 – Procedimentos em caso de sinistros

Caso o Segurado opte pela prestação do serviço diretamente pela Central de Assistência, o **BENEFICIÁRIO** ou representante do segurado deverá contactar a Central de Atendimento informando: (i) nome completo do segurado; (ii) CPF ou número da proposta; (iii) local e telefone do local onde o segurado se encontra; (iv) a descrição do sinistro e que tipo de informação e/ou ajuda de que necessita.

11.4 – Documentos básicos em caso de sinistros

Respeitado o disposto na Cláusula Décima (“Procedimentos em Caso de Sinistro”), item 10.1.2 (“Documentos básicos em caso de Sinistros”) das Condições Contratuais, para que a Seguradora possa analisar o pedido de pagamento da indenização referente a esta cobertura, o Segurado deverá apresentar também os seguintes documentos:

- (i) Formulário “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo Segurado;
- (ii) Formulário “Autorização de Pagamento – Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- (iii) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado;
- (iv) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial);
- (v) Cartão de Embarque ou E-Ticket;
- (vi) Carta discriminando os bens sinistrados.

12 | 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 junto à Susep poderão ser consultadas em www.susep.gov.br, de acordo com o Processo Susep nº 15414.900150/2016-04 (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 a sua comercialização. Seguro garantido pela AXA Seguros S/A - CNPJ: 19.323.190/0001-06 – Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 1600, 15º andar, Itaim Bibi, São Paulo/SP, CEP: 04543-000, Registro Susep 02852.

CONDIÇÕES GERAIS DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

COBERTURAS	Plano
Adiantamento para pagamento de fiança	US\$ 20.000,00
Auxílio na localização de bagagem	Sim
Adiantamento de fundos em caso de extravio de bagagem	US\$ 300,00
Concierge (Serviços de informação e organização)	
Assessoria Empresarial	Sim
Assessoria Cultural e Turística	Sim
Assessoria para Viagens	Sim
Envio de Documentos	Sim
Segunda Opinião Médica	Sim

*As coberturas estipuladas em Euros (EUR) são validas para viagens realizadas dentro do território dos Estados-membros da União Europeia e Estados Associados, signatários do tratado de Schengen. Fora destes 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 24h ao Segurado

Para utilizar os Serviços de Assistência, o Segurado deverá acionar a Central de Atendimento por meio de:

- CHAMADAS NACIONAIS: 0800 725 2204
- CHAMADAS DO EXTERIOR: 11 4196-8196

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 PARA PAGAMENTO DE FIANÇA

Caso o Segurado, em viagem internacional, necessite pagar fiança judicial para obter liberdade provisória, a Central de Assistência providenciará o adiantamento desse valor, limitado ao valor previsto no plano contratado e informado no Bilhete do Seguro.

Importante: A liberação do adiantamento para pagamento de fiança será feita mediante assinatura, pelo Segurado ou por seu representante legal, de Termo de Reconhecimento de Dívida, no qual compromete-se a restituir à Central de Assistência o valor adiantado no prazo máximo de 60 (sessenta dias), do adiantamento. O valor das despesas, caso adiantadas em moeda estrangeira, deverá pago em moeda de curso forçado (Real Brasileiro), convertida Segundo a taxa de câmbio “turismo” da data da restituição.

3.2 – AUXILIO NA LOCALIZAÇÃO DE BAGAGEM

Em caso de extravio de bagagem devidamente despachada em vôos regulares, o Segurado poderá entrar em contato com a Central de Assistência para auxílio com a localização da bagagem junto à Companhia Aérea responsável pelo transporte.

Assim que tomar ciência do extravio e antes de deixar o aeroporto, o Segurado deverá comunicar o extravio à companhia aérea responsável, oficializando sua reclamação através de formulário próprio (P.I.R. – Property Irregularity Report).

Em seguida, o Segurado deverá comunicar tal extravio à Central de Assistência para que esta possa realizar o acompanhamento do processo de localização da bagagem junto à companhia aérea. Deverá o Segurado, ainda, informar o endereço provisório em que poderá ser localizado e para onde a companhia aérea possa remeter a bagagem, na hipótese de ela ser localizada.

O serviço de acompanhamento será realizado pelo período máximo de até 30 (trinta) dias, contados do acionamento da Central de Assistência.

3.3 – ADIANTAMENTO DE FUNDOS EM CASO DE EXTRAVIO DE BAGAGEM

Em caso de furto ou roubo de dinheiro e/ou cartões de crédito/débito que impossibilitem o Segurado de pagar despesas com hospedagem em hotéis e/ou transportes, a Central de Assistência, poderá adiantar ao Segurado o adiantamento de valores, em conformidade com o plano a que ele pertencer. Para tanto, o Segurado assinará Termo de Reconhecimento de Dívida, no qual compromete-se a restituir à Central de Assistência o valor adiantado no prazo máximo de 60 (sessenta dias), do adiantamento. O valor das despesas, caso adiantadas em moeda estrangeira, deverá paga em moeda de curso forçado (Real Brasileiro), convertida Segundo a taxa de câmbio “turismo” da data da restituição.

3.4 – CONCIERGE

Os serviços de Concierge servem para auxiliar o Segurado na execução de algumas tarefas, disponibilizando uma equipe de profissionais 24 horas por dia para realizar a busca das informações solicitadas.

A Central de Assistência não se responsabilizará por eventuais solicitações feitas diretamente pelo Segurado sem que ela tivesse sido envolvida e tivesse previamente autorizado ou participado.

Uma vez que o serviço de Concierge auxilia a realizar busca, comprar ingressos e, em alguns casos, a organização do serviço, todas as despesas provenientes destas solicitações correrão por conta exclusiva do Segurado. É imprescindível que o Segurado possua Cartão de Crédito para que a assistência seja prestada.

O serviço poderá ser prestado nas seguintes especialidades:

3.4.1 – Viagem: destinos exóticos, lugares remotos, ecoturismo, viagens de férias ou de negócios, viagens para a prática de esportes radicais ou esportes de inverno, viagens de aventura, viagens de fim de semana, feriados prolongados.

3.4.2 – Serviços oferecidos: Reserva e compra de passagem aérea, de navio, de trem; elaboração e organização de pacotes de viagem personalizados; indicação e reserva de hotel; organização de transfer (IN/OUT); organização de locação de veículos; indicação de *city tour*, passeios temáticos e city guides; montagem de agenda cultural (eventos culturais, esportivos e sociais); indicação de passeios, trilhas, roteiros e caminhadas relacionadas à localidade de destino; informações de como chegar ao local de destino, obtenção de mapas, telefones e endereços úteis; elaboração de roteiros de viagem e pesquisa de localidade.

3.4.3 – Assessoria cultural e turística: assegura serviços como compra e entrega de ingressos para teatro, espetáculos musicais, shows, eventos diversos; compra e entrega de ingressos para torneios esportivos nacionais e internacionais, automobilismo, jogos de futebol; elaboração de agenda cultural e dicas relacionadas à programação noturna.

Todos os custos relacionados com as solicitações dos serviços do Concierge serão de inteira responsabilidade do Segurado.

3.5 – ASSESSORIA EMPRESARIAL

Quando o Segurado solicitar, a Central de Assistência organizará os seguintes serviços:

- (i) **Locação de equipamentos:** Telefone celular, computadores, notebooks, impressoras, projetores para apresentações, entre outros;
- (ii) **Locação de salas para realização de eventos:** convenções, palestras, conferências, exposições, “workshops”;
- (iii) **Indicação de profissional para trabalho em evento temporário:** recepcionista, secretária, tradutor, intérprete, mestre de cerimônias, manobrista e outros necessários à realização do evento.

3.6 – ASSESSORIA CULTURAL E TURÍSTICA

Informações sobre eventos culturais, lazer, além de indicações e reservas, conforme a seguir:

- (i) **Informações de Viagens:** documentações, passaportes, requisitos de vistos, vistos de entrada, vacinas; números de telefones de embaixadas e consulados brasileiros; informações meteorológicas; condições do trânsito e mapas; informações sobre o país e suas principais cidades.
- (ii) **Informações de eventos:** informações sobre horários e ingressos para ópera, balé, teatros, concertos, museus, shows e outras atividades culturais; informações sobre eventos esportivos; informações sobre locais para a prática de esportes.

É importante observar, para essa cobertura, que as informações prestadas serão de natureza turística e cultural.

Amil One S2500 e Amil One S6500 Black

(iii) Reserva e Compra de Ingressos: reservas e compra de ingressos para peças de teatro, espetáculos musicais, concertos, museus, shows, jogos esportivos e outros eventos; reservas em restaurantes, bares e casas noturnas.

O custo do ingresso poderá ser acrescido de taxa de reserva e/ou entrega, cujo valor será informado quando da sua aquisição.

Esses ingressos estão sujeitos à disponibilidade local e, após solicitação, não será possível efetuar alterações ou cancelamentos.

Restituições de valores pagos para a compra de ingressos de eventos cancelados estão sujeitas às condições determinadas pela organizadora do evento.

Uma vez realizada a reserva, a Central de Assistência não garantirá a devolução de eventuais valores que tiverem sido adiantados.

(iv) Reserva em Restaurantes do Brasil e do Exterior: Sempre que o Segurado solicitar, a Central de Assistência efetuará reservas em restaurantes do Brasil e do exterior de sua preferência.

(v) Locações: Veículos de passeio, luxo, esportivos e especiais; limusines; imóveis de temporada, flats, castelos, ilhas; helicópteros, embarcações, aviões.

Uma vez realizada a locação, a Central de Assistência não garantirá a devolução de eventuais valores que tiverem sido adiantados.

(vi) Compra e envio de presentes: Envio de flores, balões, cestas; envio de bebidas finas, caixas de chocolate; presentes tradicionais e originais; organização de serenata, serestas; telegrama animado, telemensagens, chuvas de pétalas.

3.7 – ASSESSORIA PARA VIAGENS

O Segurado poderá contar com a Central de Assistência para fornecer os serviços de: assistência para viagem; reservas de hotel; reservas e confirmação de voos; transmissão de mensagens urgentes, exclusivamente para familiares domiciliados no Brasil e indicação de agências e/ou operadoras de viagens.

3.8 – ENVIO DE DOCUMENTOS

Garante atendimento ao Segurado em caso de extravio (perda, furto ou roubo) de qualquer documento **pessoal** considerado imprescindível para prosseguimento da viagem ou **profissional**, considerado imprescindível para a realização de seu trabalho.

Nesses casos, a Central de Assistência, sempre que possível, fornecerá informações relativas a: (i) como proceder seguindo a legislação local; (ii) quais os endereços e telefones de consulados ou embaixadas; (iii) quais os números de telefone das administradoras de cartões de crédito para o cancelamento de cartão, entre outros. Poderá, ainda entrar em contato com os familiares do Segurado, a fim de enviar cópias desses documentos ao **BENEFICIÁRIO**.

A remessa e postagem terá limite de peso até 01 (um) kg, dentro das exigências de postagem.

Este serviço será fornecido quando o Segurado encontrar-se em viagem distante mais de 100 (cem) quilômetros do Município de sua residência.

3.9 – SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

Garante ao Segurado o direito de obter uma segunda opinião médica em caso de enfermidades graves e/ou intervenções cirúrgicas de alta complexidade que demandem maiores informações sobre o diagnóstico e sobre os métodos de tratamento utilizáveis para tratamento da doença apresentada pelo Segurado durante a viagem.

3.9.1 – Descrição do serviço

Sempre que o Segurado entrar em contato com a Central de Assistência solicitando Segunda Opinião Médica, a Central procederá às seguintes atividades:

- (i) Compilação de histórico clínico e exames complementares: em comum acordo com o médico assistente do Segurado, a Central de Assistência, selecionará um consultor nacional ou internacional especialista patologia apresentada pelo Segurado;
- (ii) Formulação do pedido de Segunda Opinião Médica nos idiomas português, espanhol ou inglês.
- (iii) Prosseguimento da consulta e informação ao Segurado mediante qualquer requerimento;
- (iv) Recebimento da resposta, tradução para o português, e, se necessário, formulação de novas perguntas ou reiteração de perguntas não respondidas satisfatoriamente, se o caso;

(v) Adição de bibliografia complementar;

(vi) Entrega ao Segurado das respostas devidamente traduzidas com sua bibliografia correspondente.

4 | Exclusões e Limitações de Serviços

4.1 – Os Serviços de Assistência poderão sofrer limitação de:

(i) **TEMPO:** somente poderão ser solicitados durante o período de vigência do Segurado e desde que ele ainda esteja no Âmbito Geográfico mencionado pela Cláusula Segunda.

Todavia, sempre que a assistência for iniciada dentro do prazo de vigência, o Segurado terá direito à continuidade dos serviços já iniciados, ainda que posteriormente se encerre a vigência contractual, desde que ele ainda esteja em viagem e mesmo que o período de cobertura tenha se expirado. **Novas solicitações não serão cobertas.**

(ii) **COLABORAÇÃO DO SEGURADO:** Os serviços não poderão ser prestados sem a cooperação do Segurado ou de quem em seu nome requeira os serviços de assistência. São dados imprescindíveis ao atendimento: nome completo, número do voucher, endereço, qual o serviço de assistência desejado ou quaisquer outros considerados necessários, conforme a natureza do caso.

4.2 – Estão excluídos desse Serviços de Assistência:

(i) Reembolso de despesas, tendo em vista a proibição contida na Resolução do CNSP nº 102 de 2004;

(ii) Eventos decorrentes de fenômenos da natureza de caráter extraordinário, tais como: inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestade ciclônica atípica, furacões, maremotos e queda de meteoritos e quaisquer outros corpos siderais, ou quaisquer cataclismos decorrentes de catástrofes naturais ou calamidade pública;

(iii) Eventos decorrentes de explosão, liberação de calor e irradiações provenientes de cisão e/ou fusão de átomos ou radioatividade e ainda os decorrentes de radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas, manuseio e exposição indevida a qualquer material de caráter radioativo ou material físico/químico contaminante;

- (iv) Ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves, decretação de estado de calamidade pública, detenção por parte de autoridade em decorrência de delito que não seja um acidente, salvo se o Segurado provar que a ocorrência não tem relação com os referidos eventos;
- (v) Eventos decorrentes de atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de paz;
- (vi) Questões que envolvam exclusivamente serviços de hotelaria do hospital, quando o Segurado estiver internado.

5 | Elegibilidade

São elegíveis aos serviços objeto do presente Contrato aos Clientes vinculados aos planos de saúde comercializados pela **AMIL** indicados na Tabela de Vendas vigentes 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 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.

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**.

Emergências - situações que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o **BENEFICIÁRIO**, como tal caracterizadas em declaração do médico do hospital de origem.

Urgências - situações que decorram de acidentes pessoais, de agravamento de tratamento médico que possa ocasionar a perda de função, órgão ou membro ou complicações no processo gestacional e que dependam 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 serviço **AMIL RESGATE** a prestação do serviço de resgate terrestre, aéreo ou aeroterrestres 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 **BENEFICIÁRIAS** vinculadas 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 **peças 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 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

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 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.

Amil S380, Amil S450 E Amil S750

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 da **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 alagamentos na região, catástrofes 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 contra-indicação 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, conseqüentemente, 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 outros.

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 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 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 alagamentos na região, catástrofes 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.

Amil S380, Amil S450 E Amil S750

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 da 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 contra-indicação, 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 tiver sido substituído pelas disposições específicas deste anexo.

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 utilização 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 de 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 – Compreende-se como serviço **AMIL RESGATE** a prestação do serviço de resgate terrestre, aéreo ou aeroterrestre, 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 por meio de declaração 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 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 **BENEFICIÁRIAS** vinculadas a um dos planos de saúde elegíveis operados pela **AMIL** ou que não cumpram as condições de elegibilidade da Cláusula Segunda.

Amil One S2500 e Amil One S6500 Black

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 realizados 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 – Terão direito aos serviços previstos no presente instrumento as **peças 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 consideradas elegíveis ao serviço previsto no presente instrumento as **CONTRATANTES** dos produtos denominados **Amil One S2500** e **Amil One S6500 Black**.

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 forem cumpridas, cumulativamente, as condições físicas do transporte, indicadas no item 4.6, e as condições médicas do **BENEFICIÁRIO** (item 4.7), desde que não seja configurada situação prevista como exclusão contratual, objeto da Cláusula Quinta.

4.3 – O alvo da prestação do serviço **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 suas condições médicas sejam respeitadas (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 e 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.

Amil One S2500 e Amil One S6500 Black

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 do 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 a 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.

Amil One S2500 e Amil One S6500 Black

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 a 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 alagamentos na região, catástrofes 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 contra-indicação 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.

Amil One S2500 e Amil One S6500 Black

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 das 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 – Os **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 os 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.

4.7.5.5.1 – 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, conseqüentemente, 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 contraindiquem 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 outros.

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 ao 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 estes não pertencerem à rede credenciada da **AMIL**. Nessa situação, o **BENEFICIÁRIO** será o único responsável pelos custos 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 acompanhante do **BENEFICIÁRIO**.

5.1.12 – Cobertura ou reembolso de despesas relativas ao retorno do **BENEFICIÁRIO** após a alta do hospital de destino.

Amil One S2500 e Amil One S6500 Black

5.2 – Dependirão 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 feito para a Central de Atendimento 24 horas **AMIL**, disponível pelos telefones 3004-1000 (capitais e regiões metropolitanas) e 0800-706-2363 (demais localidades).

Amil One S2500 e Amil One S6500 Black

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 alagamentos na região, catástrofes 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, as 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.

Amil One S2500 e Amil One S6500 Black

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 da 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**, verificar-se 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

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 os órgãos reguladores 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.

Amil One S2500 e Amil One S6500 Black

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 será considerado 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 tiver sido substituído pelas disposições específicas deste anexo.

O presente Anexo tem por objeto a prestação do serviço denominado “Assistência Urgência e emergência Nacional” aos **BENEFICIÁRIOS** de um dos planos de privados de assistência médico-hospitalar coletivo empresarial operados pela **AMIL** e elegíveis a utilização do presente serviço. Nele estão as principais regras que devem ser observadas por todos que adquirirem o serviço 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 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 vida e/ou 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 disto dependam 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 dependam a expectativa de vida e/ou funções orgânicas do **BENEFICIÁRIO**.

Procedimentos eletivos: Procedimentos médicos que são programados, ou seja, não são considerados de urgência e 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 demais atendimentos não emergenciais.

2 | Cláusula Segunda

ELEGIBILIDADE

2.1 – Terão direito 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) 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.

2.1.1 – São considerados elegíveis ao serviço previsto no presente instrumento os **CONTRATANTES** dos produtos denominados **Amil Fácil S60 e Amil Fácil S80**.

2.2 – Serão obrigatoriamente incluídos no presente Anexo os **BENEFICIÁRIO** titulares vinculados aos **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 Médica Hospitalar e/ou Odontológica

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 o mesmo tenha solicitado 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 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 situações 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, e cujo resultado venha a auxiliar na tomada de decisões da equipe de assistência, interferindo diretamente na expectativa de vida e/ou 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.

4.1.6 – Em caso de o **BENEFICIÁRIO** necessitar de intervenção odontológica de emergência em decorrência de evento previsto ocasionado em dentes naturais, a Central de Assistência providenciará o pronto atendimento até o limite pré-estabelecido. Não poderá o serviço de emergência ser acionado para tratamento de lesão caracterizada como preexistente ou reparação de qualquer prótese ou prótese.

4.2 – Translado Médico

4.2.1 – A Central de Assistência providenciará o traslado de regresso do **BENEFICIÁRIO**, imediatamente após alta médica indicando as condições especiais de transporte, ao seu local de origem quando se deu o acionamento do serviço ou de seu domicílio, caso este não se encontre em condições de retornar como passageiro regular por motivo de acidente pessoal ou enfermidade prevista nesse 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 taxi para transporte do **BENEFICIÁRIO** e até 01 (um) acompanhante.

Em caso de evento previsto, o **BENEFICIÁRIO** estiver internado em um hospital e por recomendação médica, necessitar ser removido para um 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 terceiro 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 à Central de Assistência 24h, disponível pelo telefone xxx.

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, a Central de Assistência deverá ser comunicada logo que o **BENEFICIÁRIO** seja internado ou ANTES DA ALTA HOSPITALAR, para que as despesas de atendimento, junto ao 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 – O Plano terá vigência de 12 (doze) meses a contar da contratação de um dos planos elegíveis.

6.3 – Na hipótese de extinção 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 a divulgar informações relativas a seu vínculo contratual com a **CONTRATANTE**, atender a exigências de autoridades judiciais ou administrativas contidas em ordens devidamente fundamentadas.

7.2 – É responsabilidade da **CONTRATANTE** oferecer, sempre que solicitado 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, decorrentes de atos de responsabilidade de cada uma delas nos termos de suas obrigações legais e regulamentares, serão por cada qual suportadas, sendo certo, ainda, que quando juridicamente possível, a Parte que foi demandada judicialmente por ato que não seja de sua responsabilidade deverá comunicar a outra Parte para que (i) compareça espontaneamente em juízo ou perante autoridade competente, reconhecendo sua condição de única e exclusiva responsável bem como fornecer à outra Parte toda e qualquer documentação solicitada por esta e que seja necessária para garantir sua defesa; e (ii) se possível, substituir a Parte demandada na demanda 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 causados prejuízos à **AMIL** ou por elas 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 neste Contrato ou em comunicação posterior por escrito.

7.8 – A tolerância ou a demora por parte da **AMIL** em exigir da **CONTRATANTE** o cumprimento de quaisquer das 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 incompatível.

Amil S380, Amil S450, Amil S750

Amil One S2500 e Amil One S6500 Black

| Apresentação

Neste documento são apresentadas as Coberturas Adicionais ao Contrato de Assistência Médica e Hospitalar Coletivo Empresarial.

As Coberturas Adicionais referem-se àquelas que excedem as previsões da Lei nº 9.656/98 e/ou as 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.

Além das coberturas previstas na Cláusula Quarta do Contrato de Assistência Médica e Hospitalar Coletivo Empresarial, assegurar-se-á ao **BENEFICIÁRIO**, independentemente do local de origem do evento e de acordo com as características do plano indicado no Quadro Resumo, com os limites e 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 Amil S380, Amil S450, Amil S750, Amil One S2500 e Amil One S6500 Black.

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 Amil S750, Amil One S2500 e Amil One S6500 Black

2.1 – Cobertura para escleroterapia, na rede credenciada ou por meio de reembolso, limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato para os planos Amil S750 e Amil One 2500 e 24 (vinte e quatro) sessões por ano para o produto Amil One 6500 Black.

Amil S380, Amil S450, Amil S750

Amil One S2500 e Amil One S6500 Black

2.2 – Cobertura para cirurgia oftalmológica refrativa, independente do grau de refração, na rede credenciada ou por meio de reembolso.

3 – Cobertura adicional disponível para os produtos Amil One S2500 e Amil One S6500 Black.

3.1 – Cobertura para vacinas, de acordo com o Calendário Oficial do Ministério da Saúde, a ser realizada na rede credenciada ou através de reembolso, conforme tabela vigente à época.

3.1.1 – A cobertura da vacina Palivizumabe será garantida aos recém-nascidos pré-termos extremos, na rede credenciada ou através de reembolso, que será pago de acordo com a tabela vigente à época.

3.2 – Cobertura de coleta domiciliar para realização de exames laboratoriais nas cidades de São Paulo/SP, Campinas/SP, Belo Horizonte/MG, Recife/PE, Curitiba/PR, Rio de Janeiro/RJ, Distrito Federal, Natal/RN e Fortaleza/CE.

3.3 – Cobertura de Tomografia de Coerência Ótica (OCT) para todas as patologias oftalmológicas, na rede credenciada ou por meio de reembolso.

4 – Cobertura adicional disponível **EXCLUSIVAMENTE** para o produto Amil One S6500 Black.

4.1 – Cobertura para *check up* aos **BENEFICIÁRIOS** a partir de 30 (trinta) anos de idade, em rede credenciada indicada pela **CONTRATADA**.

II | Ratificação

Ficam ratificadas todas as disposições do Contrato de Assistência Médica e Hospitalar Coletivo Empresarial que não tiverem sido alteradas pelo presente Anexo.

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 de privados de assistência médico-hospitalar coletivo empresarial operados pela **AMIL** e elegíveis a contratação do serviço. Nele estão as principais regras que devem ser observadas por todos que adquirirem o serviço 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 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 e, havendo indicação médica, sua remoção para uma unidade hospitalar com recursos apropriados, sendo garantido, se necessário, o acompanhamento médico durante a remoção.

Beneficiário: pessoa física, titular ou dependente, vinculados Contrato de Assistência Médica e Hospitalar (“Contrato”) celebrado com a **AMIL** e o **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**, garantindo-se 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**.

Emergências: situações que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o **BENEFICIÁRIO**, como tal caracterizadas conforme declarado pelo médico regulador.

Urgências: situações que decorram de acidentes pessoais, de agravamento de tratamento médico que possa ocasionar perda de função, órgão ou membro ou de complicações no processo gestacional e que dependam 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 – 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) Possuam mais de 100 (cem) vidas vinculadas ao contrato firmado com a **AMIL**;
- (ii) Não estejam com pagamento(s) de mensalidade(s) em atraso, obedecidas as normas pertinentes ao contrato principal;
- (iii) Leiam e aceitem os termos deste Anexo.

2.1.1 – São considerados elegíveis a contratação do serviço previsto no presente instrumento os **CONTRATANTES** dos produtos denominados **Amil Fácil S80, Amil S380, Amil S450 e Amil S750.**

2.2 – Serão obrigatoriamente incluídos no presente Anexo os **BENEFICIÁRIO** titulares vinculados aos **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

DO SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO EM SAÚDE 24 HORAS

3.1 – Para a prestação do serviço de **ORIENTAÇÃO EM SAÚDE 24 HORAS** a **CONTRATADA**, através 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 a 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 de 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 ao 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

DO 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 através da Central de atendimento.

4.1.1 – O serviço visa à resolução da intercorrência no local do atendimento. Contudo, quando constatado 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. Quanto não for constatado 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, cessando com o diagnóstico e 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 emergências/urgências avaliadas e definidas pelo Médico Regulador da CONTRATADA, incluindo, mas não se limitando, as seguintes patologias:

- 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 crânio-encefálico (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 ciclo grávido puerperal que coloque em risco a mãe ou o feto;

- h) Politraumatizado, traumas de face com distúrbios de ventilação, traumas de face com lesão no globo ocular, traumatismo torácico 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 avaliação da central), queimaduras com área corporal comprometida superior a 20%, queimaduras de 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) Ceto-acidose diabética, crise tireotóxica e hipoglicemia severa;
- j) Crise psicótica aguda, desde que o paciente não apresente auto-agressividade e comportamento violento direcionado para outras pessoas;
- k) Gestação normal desde que excetuados os casos sugestivos de risco para mãe e feto;
- l) Qualquer outra situa o 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 provocado pelo **BENEFICIÁRIO** por ingestão de bebidas alcoólicas, uso de drogas, de entorpecentes ou psicotrópicos, atentando contra a vida;
- b) Cirurgias não  ticas e/ou suas consequências, tais como abortamento provocado (ressalvados os casos previstos em lei), tratamentos experimentais e aplica es de medicamentos não reconhecidos por órgão governamental competente;
- c) Atendimentos em casos de conflitos, calamidade pública, como es internas, guerras, revolu es, epidemias, acidente automobilístico, incêndio, deslizamento, inunda o, envenenamento coletivo ou qualquer outra causa que atinja maciçamente a popula o, inclusive decorrentes de radia o e/ou emana es nucleares ou ionizantes, salvo acidentes localizados e isolados;

- d) atendimentos 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 neuro-vegetativos;
- f) Casos e patologias de ordem psiquiátrica quando o **BENEFICIÁRIO** estiver em surto psicótico colocando em risco a equipe;
- g) Serviços exclusivos de enfermagem;
- h) Atendimento para consulta ambulatorial e controle de tratamento ambulatorial;
- i) Atendimento relacionados ao tratamento continuado de doenças sem agudização do processo;
- j) **BENEFICIÁRIA** em trabalho de parto a termo, salvo situação de risco para mãe e/ou feto.

5 | Cláusula Quinta

DISPONIBILIDADE E ÁREA DE ABRANGÊNCIA

5.1 – O serviço **ORIENTAÇÃO EM SAÚDE 24 HORAS** está disponível em todo território nacional, todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia, através dos telefones **0800 772 3772** ou **(11) 3225-2250**.

5.2 – O serviço **ATENDIMENTO MÉDICO DOMICILIAR PRÉ-HOSPITALAR** está disponível todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia, através dos telefones **0800 772 3772** ou **(11) 3225-2250**, para as seguintes localidades: **Baixada Santista/SP, Jundiaí/SP, São Paulo/SP, Brasília/DF, Curitiba/PR, Recife/PE e Rio de Janeiro/RJ.**

5.2.1 – Fica a critério exclusivo da **AMIL** a realização do atendimento quando se tratar de áreas limítrofes dos municípios atendidos, devendo comunicar ao **BENEFICIÁRIO** no ato da chamada quanto a impossibilidade de cobertura em razão de sua abrangência.

6 | Cláusula Sexta

DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1 – O presente **ANEXO** terá vigência de 12 (doze) meses, a contar da adesão da **CONTRATANTE** às presentes Condições Gerais, conforme indicado no Quadro Resumo.

6.2 – Na hipótese de extinção Contrato, este Anexo será igualmente extinto.

7 | Cláusula Sétima

UTILIZAÇÃO

7.1 – Os serviços de **ORIENTAÇÃO EM SAÚDE 24 HORAS e ATENDIMENTO MÉDICO PRÉ-HOSPITALAR** estarão disponíveis para os **BENEFICIÁRIOS** no prazo máximo de 10 (dez) dias contados a partir da confirmação do pagamento do valor referente ao serviço pela **CONTRATANTE**.

8 | Cláusula Oitava

DO PREÇO

8.1 – O preço do presente **ANEXO** será cobrado por **BENEFICIÁRIO**, conforme preço na Tabela de Vendas da **AMIL** vigente na data da adesão ao produto mencionada no Quadro Resumo.

8.2 – Os reajustes aplicáveis, multas moratórias, assim como penalidades como suspensão ou cancelamento por falta de pagamento são as mesmas indicadas no Contrato, de que o presente **ANEXO** é parte.

9 | Cláusula Nona

DA RESCISÃO

9.1 – O presente ANEXO poderá ser extinto ou suspenso:

9.1.1 – Imotivadamente, por iniciativa de qualquer das partes, desde que haja prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

9.1.2 – Unilateralmente pela **AMIL**, em caso de: (i) atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência dele ou (ii) fraude.

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

10 | Cláusula Décima

DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1 – Aplicam-se este **ANEXO** todas as disposições do Contrato firmado entre a **CONTRATANTE** e a **AMIL** que não sejam com este **ANEXO** incompatíveis.

10.2 – 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 a divulgar informações relativas a seu vínculo contratual com a **CONTRATANTE**, atender a exigências de autoridades judiciais ou administrativas contidas em ordens devidamente fundamentadas.

10.3 – É responsabilidade da **CONTRATANTE** oferecer, sempre que solicitado pelo **BENEFICIÁRIO**, cópia integral do presente **ANEXO**.

10.4 – 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 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.

10.5 – 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** serão por cada qual suportadas, sendo certo, ainda, que quando juridicamente possível, a Parte que foi demandada judicialmente por ato que não seja de sua responsabilidade deverá comunicar a outra Parte para que (i) compareça espontaneamente em juízo ou perante autoridade competente, reconhecendo sua condição de única e exclusiva responsável bem como fornecer à outra Parte toda e qualquer documentação solicitada por esta e que seja necessária para garantir sua defesa; e (ii) se possível, substituir a Parte demandada na demanda administrativa ou judicial.

10.6 – A **AMIL** ficará sub-rogada em todos os direitos e ações da **CONTRATANTE** contra aqueles que por ato, fato ou omissão tenham causados prejuízos à **AMIL** ou por elas tenham concorrido, obrigando-se a **CONTRATANTE** a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

10.7 – Não se admite a presunção de que as Partes têm conhecimento de circunstâncias que não constem neste **ANEXO** ou em comunicação posterior por escrito.

10.8 – A tolerância ou a demora por parte da **AMIL** em exigir da **CONTRATANTE** e/ou dos **BENEFICIÁRIOS** o cumprimento de quaisquer das 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.

10.9 – 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 qualquer órgão regulador ou de distribuir qualquer ação judicial versando sobre o objeto do presente **ADITIVO**, a fim de que se busque uma solução amigável para seu pleito.

10.10 – 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.

10.11 – 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**.

11 | Cláusula Décima Primeira

11.1 – O presente **ANEXO**, assim como a relação estabelecida entre a **AMIL** e a **CONTRATANTE** e seus **BENEFICIÁRIOS** são regidas pelas leis da República Federativa do Brasil, sem consideração a qualquer disposição sobre conflito de leis. **AMIL** e **CONTRATANTE** concordam em se submeter às leis brasileiras e submetem à competência dos tribunais localizados no Brasil.

11.2 – Fica eleito o foro indicado no Quadro Resumo do Contrato Principal, ao qual o presente **ANEXO** é parte integrante, para dirimir as questões oriundas do presente instrumento.

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 de privados de assistência médico-hospitalar coletivo empresarial operados pela **AMIL** e elegíveis a contratação do serviço. Nele estão as principais regras que devem ser observadas por todos que adquirirem o serviço 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 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 e, havendo indicação médica, sua remoção para uma unidade hospitalar com recursos apropriados, sendo garantido, se necessário, o acompanhamento médico durante a remoção.

Beneficiário: pessoa física, titular ou dependente, vinculados Contrato de Assistência Médica e Hospitalar (“Contrato”) celebrado com a **AMIL** e o **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**, garantindo-se 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**.

Emergências: situações que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o **BENEFICIÁRIO**, como tal caracterizadas conforme declarado pelo médico regulador.

Urgência: situações que decorram de acidentes pessoais, de agravamento de tratamento médico que possa ocasionar perda de função, órgão ou membro ou de complicações no processo gestacional e que dependam 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 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) Possuam mais de 100 (cem) vidas vinculadas ao contrato firmado com a **AMIL**;
- (ii) Não estejam com pagamento(s) de mensalidade(s) em atraso, obedecidas as normas pertinentes ao contrato principal;
- (iii) Leiam e aceitem os termos deste Anexo.

2.1.1 – São considerados elegíveis ao serviço previsto no presente instrumento os **CONTRATANTES** dos produtos denominados **Amil One S2500 e Amil One S6500 Black**.

2.2 – Serão obrigatoriamente incluídos no presente Anexo os **BENEFICIÁRIO** titulares vinculados aos **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

DO SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO EM SAÚDE 24 HORAS

3.1 – Para a prestação do serviço de **ORIENTAÇÃO EM SAÚDE 24 HORAS** a **CONTRATADA**, através 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 a 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 de 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 ao 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

DO 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 através da Central de atendimento.

4.1.1 – O serviço visa à resolução da intercorrência no local do atendimento. Contudo, quando constatado 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.

Amil One S2500 e Amil One S6500 Black

4.2 – Caberá exclusivamente ao Médico Regulador determinar, de acordo com a intercorrência relatada pelo **BENEFICIÁRIO**, o tipo de atendimento adequado. Quanto não for constatado 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, cessando com o diagnóstico e 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 emergências/urgências avaliadas e definidas pelo Médico Regulador da **CONTRATADA**, incluindo, mas não se limitando, as seguintes patologias:

- 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 crânio-encefálico (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 ciclo grávido puerperal que coloque em risco a mãe ou o feto;

- h) Politraumatizado, traumas de face com distúrbios de ventilação, traumas de face com lesão no globo ocular, traumatismo torácico 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 avaliação da central), queimaduras com área corporal comprometida superior a 20%, queimaduras de 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) Ceto-acidose diabética, crise tireotóxica e hipoglicemia severa;
- j) Crise psicótica aguda, desde que o paciente não apresente auto-agressividade e comportamento violento direcionado para outras pessoas;
- k) Gestação normal desde que excetuados os casos sugestivos de risco para mãe e feto;
- l) Qualquer outra situa o 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 provocado pelo **BENEFICIÁRIO** por ingestão de bebidas alcoólicas, usam de drogas, de entorpecentes ou psicotrópicos, atentando contra a vida;
- b) Cirurgias não  ticas e/ou suas consequências, tais como abortamento provocado (ressalvados os casos previstos em lei), tratamentos experimentais e aplica es de medicamentos não reconhecidos por órgão governamental competente;
- c) Atendimentos em casos de conflitos, calamidade pública, como es internas, guerras, revolu es, epidemias, acidente automobilístico, incêndio, deslizamento, inunda o, envenenamento coletivo ou qualquer outra causa que atinja maciçamente a popula o, inclusive decorrentes de radia o e/ou emana es nucleares ou ionizantes, salvo acidentes localizados e isolados;

- d) atendimentos 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 neuro-vegetativos;
- f) Casos e patologias de ordem psiquiátrica quando o **BENEFICIÁRIO** estiver em surto psicótico colocando em risco a equipe;
- g) Serviços exclusivos de enfermagem;
- h) Atendimento para consulta ambulatorial e controle de tratamento ambulatorial;
- i) Atendimento relacionados ao tratamento continuado de doenças sem agudização do processo;
- j) **BENEFICIÁRIA** em trabalho de parto a termo, salvo situação de risco para mãe e/ou feto.

5 | Cláusula Quinta

DISPONIBILIDADE E ÁREA DE ABRANGÊNCIA

5.1 – O serviço **ORIENTAÇÃO EM SAÚDE 24 HORAS** está disponível em todo território nacional, todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia, através dos telefones **0800 772 3772** ou **(11) 3225-2250**.

5.2 – O serviço **ATENDIMENTO MÉDICO DOMICILIAR PRÉ-HOSPITALAR** está disponível todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia, através dos telefones **0800 772 3772** ou **(11) 3225-2250**, para as seguintes localidades: **Baixada Santista/SP, Jundiaí/SP, São Paulo/SP, Brasília/DF, Curitiba/PR, Recife/PE e Rio de Janeiro/RJ.**

5.2.1 – Fica a critério exclusivo da **AMIL** a realização do atendimento quando se tratar de áreas limítrofes dos municípios atendidos, devendo comunicar ao **BENEFICIÁRIO** no ato da chamada quanto 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 Contrato, este Anexo será igualmente extinto.

7 | Cláusula Sétima

UTILIZAÇÃO

7.1 – Os serviços de **ORIENTAÇÃO EM SAÚDE 24 HORAS e ATENDIMENTO MÉDICO PRÉ-HOSPITALAR** estarão disponíveis para os **BENEFICIÁRIOS** no prazo máximo de 10 (dez) dias contados da data de celebração do Contrato principal.

8 | Cláusula Oitava

DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1 – Aplicam-se 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 a divulgar informações relativas a seu vínculo contratual com a **CONTRATANTE**, atender a exigências de autoridades judiciais ou administrativas contidas em ordens devidamente fundamentadas.

8.3 – É responsabilidade da **CONTRATANTE** oferecer, sempre que solicitado 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 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.

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** serão por cada qual suportadas, sendo certo, ainda, que quando juridicamente possível, a Parte que foi demandada judicialmente por ato que não seja de sua responsabilidade deverá comunicar a outra Parte para que: (i) compareça espontaneamente em juízo ou perante autoridade competente, reconhecendo sua condição de única e exclusiva responsável bem como fornecer à outra Parte toda e qualquer documentação solicitada por esta e que seja necessária para garantir sua defesa; e (ii) se possível, substituir a Parte demandada na demanda 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 causados prejuízos à **AMIL** ou por elas 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 neste **ANEXO** ou em 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 quaisquer das 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.

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 qualquer órgão regulador ou de distribuir qualquer ação judicial versando 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

9.1 – O presente **ANEXO**, assim como a relação estabelecida entre a **AMIL** e a **CONTRATANTE** e seus **BENEFICIÁRIOS** são regidas pelas leis da República Federativa do Brasil, sem consideração a qualquer disposição sobre conflito de leis. **AMIL** e **CONTRATANTE** concordam em se submeter às leis brasileiras e submetem à competência dos tribunais localizados no Brasil.

9.2 – Fica eleito o foro indicado no Quadro Resumo do Contrato Principal, ao qual o presente **ANEXO** é parte integrante, para dirimir as questões oriundas do presente instrumento.

ANEXO – Seguro Viagem Internacional
Amil Fácil S60, Amil Fácil S80, Amil S380, Amil S450, Amil S750

ANEXO – Seguro Viagem Internacional
Amil One S2500 e Amil One S6500 Black

ANEXO – Amil Resgate
Amil S380, Amil S450 e Amil S750

ANEXO – Amil Resgate
Amil One S2500 e Amil One S6500 Black

ANEXO – Assistência Urgência e Emergência Nacional
Amil Fácil S60 e Amil Fácil S80

ANEXO – Coberturas Adicionais
Amil S380, Amil S450, Amil S750
Amil One S2500 e Amil One S6500 Black

ANEXO – Orientação em Saúde 24 Horas e Atendimento Médico Pré-Hospitalar
Amil Fácil S80, Amil S380, Amil S450 e Amil S750

ANEXO – Orientação em Saúde 24 Horas e Atendimento Médico Pré-Hospitalar
Amil One S2500 e Amil One S6500 Black