

**Seguro
Saúde Coletivo Empresarial**

**Produto 445
Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia
Condições Gerais**

Registro ANS 000043

0057.7162.1197

Índice

Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo Empresarial

Produto 445

Modalidade Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Proposta de Adesão

Proposta de Adesão Subestipulante

• Condições Gerais	1
1 – Objeto do Seguro	1
2 – Definições	1
3 – Serviços Cobertos pelo Seguro	5
4 – Serviços não cobertos pelo Seguro	8
5 – Autorizações Prévias	10
6 – Inclusão de Segurados	11
7 – Prazos de Carência	12
8 – Emergência e Urgência durante o período de Carência	14
9 – Planos do Seguro e Padrões de Acomodação	14
10 – Índice de Adesão	15
11 – Tabela de Prêmios	15
12 – Reembolso	15
13 – Reajuste dos Prêmios	18
14 – Pagamento dos Prêmios	19
15 – Custeio do Seguro	20
16 – Realização do Seguro	20
17 – Vigência e Renovação	20
18 – Cancelamento do Seguro	20
19 – Exclusão do Segurado	21
20 – Transferência de Plano	21
21 – Extensão de Cobertura Assistencial aos Seguros Contributários	22
22 – Divergências Médicas	22
23 – Sigilo Médico	23
24 – Comprovação do Grupo Segurável e do Vínculo Empregatício	23
25 – Foro	23

SulAmérica Saúde
Seguro de Assistência à Saúde - Empresa
Proposta de Adesão

Informações Cadastrais

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

Opções de Contratação

29 - Grupo Segurável (Assinalar uma ou mais opções)				30 - Remissão Assinalar apenas uma opção				31 - Tarificação (Assinalar apenas uma opção)							
Sócios		Dirigentes		sim		não		Taxa Média		Faixa Etária					
Empregados		Dependentes													
32 - Co-Participação															
Consultas			Exames			Terapias			Demais Procedimentos						
Sim		Rede Ref.		Reembolso		Rede Ref.		Reembolso		Rede Ref.		Reembolso			
Não		(Informar percentual desejado)		(Informar percentual desejado)		(Informar percentual desejado)		(Informar percentual desejado)		(Informar percentual desejado)		(Informar percentual desejado)			
		Simplex %		Emergência %		Simplex %		Todos %							

33 - Total de Vidas (Sócios, Dirigentes, Empregados e Dependentes)			34 - Total de Demitidos e Aposentados			35 - Relação de Segurados			36 - Emissão da Fatura		
						Alfabética Matrícula Setor			Papel Internet		

Categorias Profissionais e Planos

37 - Categorias Funcionais		38 - Plano		39 - Cód. Plano Uso da Seguradora		37 - Categorias Funcionais		38 - Plano		39 - Cód. Plano Uso da Seguradora	
1						5					
2						6					
3						7					
4						8					

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior

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

40 - Nome do Plano de Origem			41 - Contrato de Origem Nº			42 - Vigência do Plano de Origem		
						de / / até / /		

Informações sobre o Corretor

43 - Nome do(a) Corretor(a)											
44 - Código SUSEP						45 - DDD-Fone			46 - E-mail		

47 - Estrutura de Apoio	48 - UOP	49 - Estrutura de Venda/Grade	50 - Ação de Apoio	51 - Pró-labore %	52 - Agenciamento %	53 - Corretagem %

Uso Exclusivo da Seguradora

54 - Código da Empresa	55 - Apólice/Desdobramento	56 - Sucursal	57 - US Prêmio	58 - US Reembolso	59 - Início de Vigência
					/ /

Declarações do Estipulante

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

- temos conhecimento da existência do Sul América Saúde – Plano Referência, acomodação em enfermaria, instituído pela Lei n.º 9656/98, e que este me foi oferecido;
- as informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido”;**
- temos ciência de que as coberturas oferecidas pelo Seguro ora contratado estão em conformidade com o Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e que as mesmas estão sujeitas a atualizações, como inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o referido Rol;
- a presente declaração é parte integrante da Proposta de Seguro, a qual foi recebida, integralmente lida, entendida e aceita sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura.

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

SulAmérica Saúde
Seguro de Assistência à Saúde - Empresa
Proposta de Adesão

Informações Cadastrais

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

Opções de Contratação

29 - Grupo Segurável (Assinalar uma ou mais opções)				30 - Remissão Assinalar apenas uma opção				31 - Tarificação (Assinalar apenas uma opção)							
Sócios		Dirigentes		sim		não		Taxa Média		Faixa Etária					
Empregados		Dependentes													
32 - Co-Participação															
Consultas			Exames			Terapias			Demais Procedimentos						
Sim		Rede Ref.		Reembolso		Rede Ref.		Reembolso		Rede Ref.		Reembolso			
Não		(Informar percentual desejado)		(Informar percentual desejado)		(Informar percentual desejado)		(Informar percentual desejado)		(Informar percentual desejado)		(Informar percentual desejado)			
		Simplex %		Emergência %		Simplex %		Todos %							

33 - Total de Vidas (Sócios, Dirigentes, Empregados e Dependentes)			34 - Total de Demitidos e Aposentados			35 - Relação de Segurados			36 - Emissão da Fatura		
						Alfabética Matrícula Setor			Papel Internet		

Categorias Profissionais e Planos

37 - Categorias Funcionais		38 - Plano	39 - Cód. Plano Uso da Seguradora	37 - Categorias Funcionais		38 - Plano	39 - Cód. Plano Uso da Seguradora
1				5			
2				6			
3				7			
4				8			

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior

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

40 - Nome do Plano de Origem			41 - Contrato de Origem Nº			42 - Vigência do Plano de Origem		
						de / / até / /		

Informações sobre o Corretor

43 - Nome do(a) Corretor(a)											
44 - Código SUSEP						45 - DDD-Fone			46 - E-mail		

47 - Estrutura de Apoio	48 - UOP	49 - Estrutura de Venda/Grade	50 - Ação de Apoio	51 - Pró-labore %	52 - Agenciamento %	53 - Corretagem %

Uso Exclusivo da Seguradora

54 - Código da Empresa	55 - Apólice/Desdobramento	56 - Sucursal	57 - US Prêmio	58 - US Reembolso	59 - Início de Vigência
					/ /

Declarações do Estipulante

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

- temos conhecimento da existência do Sul América Saúde – Plano Referência, acomodação em enfermaria, instituído pela Lei n.º 9656/98, e que este me foi oferecido;
- as informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido”;**
- temos ciência de que as coberturas oferecidas pelo Seguro ora contratado estão em conformidade com o Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e que as mesmas estão sujeitas a atualizações, como inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o referido Rol;
- a presente declaração é parte integrante da Proposta de Seguro, a qual foi recebida, integralmente lida, entendida e aceita sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura.

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

SulAmérica Saúde
Seguro de Assistência à Saúde - Empresa
Proposta de Adesão

Informações Cadastrais

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

Opções de Contratação

29 - Grupo Segurável (Assinalar uma ou mais opções)				30 - Remissão Assinalar apenas uma opção				31 - Tarificação (Assinalar apenas uma opção)							
Sócios		Dirigentes		sim		não		Taxa Média		Faixa Etária					
Empregados		Dependentes													
32 - Co-Participação															
Consultas			Exames			Terapias			Demais Procedimentos						
Sim		Rede Ref.		Reembolso		Rede Ref.		Reembolso		Rede Ref.		Reembolso			
Não		(Informar percentual desejado)		(Informar percentual desejado)		(Informar percentual desejado)		(Informar percentual desejado)		(Informar percentual desejado)		(Informar percentual desejado)			
		Simplex %		Emergência %		Simplex %		Todos %							

33 - Total de Vidas (Sócios, Dirigentes, Empregados e Dependentes)			34 - Total de Demitidos e Aposentados			35 - Relação de Segurados			36 - Emissão da Fatura		
						Alfabética Matrícula Setor			Papel Internet		

Categorias Profissionais e Planos

37 - Categorias Funcionais		38 - Plano	39 - Cód. Plano Uso da Seguradora	37 - Categorias Funcionais		38 - Plano	39 - Cód. Plano Uso da Seguradora
1				5			
2				6			
3				7			
4				8			

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior

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

40 - Nome do Plano de Origem			41 - Contrato de Origem Nº			42 - Vigência do Plano de Origem		
						de / / até / /		

Informações sobre o Corretor

43 - Nome do(a) Corretor(a)											
44 - Código SUSEP						45 - DDD-Fone			46 - E-mail		

47 - Estrutura de Apoio	48 - UOP	49 - Estrutura de Venda/Grade	50 - Ação de Apoio	51 - Pró-labore %	52 - Agenciamento %	53 - Corretagem %

Uso Exclusivo da Seguradora

54 - Código da Empresa	55 - Apólice/Desdobramento	56 - Sucursal	57 - US Prêmio	58 - US Reembolso	59 - Início de Vigência
					/ /

Declarações do Estipulante

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

- temos conhecimento da existência do Sul América Saúde – Plano Referência, acomodação em enfermaria, instituído pela Lei n.º 9656/98, e que este me foi oferecido;
- as informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido”;**
- temos ciência de que as coberturas oferecidas pelo Seguro ora contratado estão em conformidade com o Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e que as mesmas estão sujeitas a atualizações, como inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o referido Rol;
- a presente declaração é parte integrante da Proposta de Seguro, a qual foi recebida, integralmente lida, entendida e aceita sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura.

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

Informações Cadastrais

01 - Razão Social do Estipulante

02 - Nome Fantasia

03 - Ramo de Atividade

04 - C.N.P.J.

DV

05 - Inscrição Estadual

06 - Inscrição Municipal

07 - Endereço

08 - Número

09 - Complemento

10 - Município

11 - Bairro

12 - CEP

13 - UF

14 - DDD-Fone

15 - Fax

16 - Endereço de Cobrança

17 - Número

18 - Complemento

19 - Município

20 - Bairro

21 - CEP

22 - UF

23 - DDD-Fone

24 - Fax

25 - Nome do Responsável/Contato

26 - Cargo do Responsável/Contato

27 - Telefone do Responsável/Contato

28 - E-mail do Responsável/Contato

Opções de Contratação

29 -Total de Vidas (Sócios, Dirigentes, Empregados e Dependentes)

30 -Total de Demitidos e Aposentados

31 - Relação de Segurados

32 -Emissão da Fatura

Categorias Profissionais e Planos

33 - Categorias Funcionais

34- Plano

35 - Cód. Plano
Uso da Seguradora

36 - Categorias Funcionais

37 - Plano

38 - Cód. Plano
Uso da Seguradora

1

5

2

6

3

7

4

8

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior

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

39 - Nome do Plano de Origem

40 - Contrato de Origem Nº

41 -Vigência do Plano de Origem

de / / até / /

Informações sobre o Corretor

42 - Nome do(a) Corretor(a)

43 -Código SUSEP

44 - DDD-Fone

45 - E-mail

Uso Exclusivo da Seguradora

46 - Código da Empresa

47 - Apólice/Desdobramento

48 - Sucursal

49 - US Prêmio

50 - US Reembolso

51 - Início de Vigência

/ /

Declarações do Estipulante

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

- temos conhecimento da existência do Sul América Saúde – Plano Referência, acomodação em enfermaria, instituído pela Lei n.º 9656/98, e que este me foi oferecido;
- as informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido”;**
- temos ciência de que as coberturas oferecidas pelo Seguro ora contratado estão em conformidade com o Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e que as mesmas estão sujeitas a atualizações, como inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o referido Rol;
- a presente declaração é parte integrante da Proposta de Seguro, a qual foi recebida, integralmente lida, entendida e aceita sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura.

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo

Assinatura do Corretor sob Carimbo

Assinatura do Representante da Empresa Principal sob Carimbo

Informações Cadastrais

01 - Razão Social do Estipulante

02 - Nome Fantasia

03 - Ramo de Atividade

04 - C.N.P.J.

DV

05 - Inscrição Estadual

06 - Inscrição Municipal

07 - Endereço

08 - Número

09 - Complemento

10 - Município

11 - Bairro

12 - CEP

13 - UF

14 - DDD-Fone

15 - Fax

16 - Endereço de Cobrança

17 - Número

18 - Complemento

19 - Município

20 - Bairro

21 - CEP

22 - UF

23 - DDD-Fone

24 - Fax

25 - Nome do Responsável/Contato

26 - Cargo do Responsável/Contato

27 - Telefone do Responsável/Contato

28 - E-mail do Responsável/Contato

Opções de Contratação

29 - Total de Vidas (Sócios, Dirigentes, Empregados e Dependentes)

30 - Total de Demitidos e Aposentados

31 - Relação de Segurados

32 - Emissão da Fatura

Categorias Profissionais e Planos

33 - Categorias Funcionais

34 - Plano

35 - Cód. Plano
Uso da Seguradora

36 - Categorias Funcionais

37 - Plano

38 - Cód. Plano
Uso da Seguradora

1

5

2

6

3

7

4

8

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior

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

39 - Nome do Plano de Origem

40 - Contrato de Origem Nº

41 - Vigência do Plano de Origem

de / / até / /

Informações sobre o Corretor

42 - Nome do(a) Corretor(a)

43 - Código SUSEP

44 - DDD-Fone

45 - E-mail

Uso Exclusivo da Seguradora

46 - Código da Empresa

47 - Apólice/Desdobramento

48 - Sucursal

49 - US Prêmio

50 - US Reembolso

51 - Início de Vigência

/ /

Declarações do Estipulante

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

- temos conhecimento da existência do Sul América Saúde – Plano Referência, acomodação em enfermaria, instituído pela Lei n.º 9656/98, e que este me foi oferecido;
- as informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido”;**
- temos ciência de que as coberturas oferecidas pelo Seguro ora contratado estão em conformidade com o Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e que as mesmas estão sujeitas a atualizações, como inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o referido Rol;
- a presente declaração é parte integrante da Proposta de Seguro, a qual foi recebida, integralmente lida, entendida e aceita sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura.

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo

Assinatura do Corretor sob Carimbo

Assinatura do Representante da Empresa Principal sob Carimbo

Informações Cadastrais

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

Opções de Contratação

29 - Total de Vidas (Sócios, Dirigentes, Empregados e Dependentes)			30 - Total de Demitidos e Aposentados			31 - Relação de Segurados			32 - Emissão da Fatura		
						Alfabetica			Matricula		
						Setor			Papel		
									Internet		

Categorias Profissionais e Planos

33 - Categorias Funcionais	34 - Plano	35 - Cód. Plano Uso da Seguradora	36 - Categorias Funcionais	37 - Plano	38 - Cód. Plano Uso da Seguradora
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior

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

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

Informações sobre o Corretor

42 - Nome do(a) Corretor(a)											
43 - Código SUSEP						44 - DDD-Fone			45 - E-mail		

Uso Exclusivo da Seguradora

46 - Código da Empresa		47 - Apólice/Desdobramento		48 - Sucursal		49 - US Prêmio		50 - US Reembolso		51 - Início de Vigência	
										/ /	

Declarações do Estipulante

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

- temos conhecimento da existência do Sul América Saúde – Plano Referência, acomodação em enfermaria, instituído pela Lei n.º 9656/98, e que este me foi oferecido;
- as informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: **“Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido”;**
- temos ciência de que as coberturas oferecidas pelo Seguro ora contratado estão em conformidade com o Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e que as mesmas estão sujeitas a atualizações, como inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o referido Rol;
- a presente declaração é parte integrante da Proposta de Seguro, a qual foi recebida, integralmente lida, entendida e aceita sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmamos, preenchendo e apondo assinatura.

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

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

Apólice

Estipulante

Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo Empresarial

Produto 445

Modalidade Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

1. Objeto do Seguro

- 1.1 Serão reembolsadas ao Segurado as despesas efetuadas com os serviços médico-hospitalares relacionados no Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão – CID 10, da Organização Mundial de Saúde (OMS), **para a Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.**
- 1.2 A relação dos serviços cobertos poderá ser atualizada com inclusões e exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

2. Definições

2.1 Abrangência geográfica

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

2.2 Acidente Pessoal

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

2.3 Apólice de Seguro

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

2.4 Autorização Prévia

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

2.5 Carência

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

2.6 Cartão Proposta

Documento que formaliza a intenção de ingresso do Proponente ao Seguro contratado, que deverá ser preenchido e assinado pelo Proponente Titular e pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da Empresa.

2.7 Cartão SulAmérica Saúde

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

2.8 Cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

2.9 Co-participação

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

2.10 Corretor de Seguros

Profissional autônomo ou pessoa jurídica, habilitado pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, para intermediar e promover contratos de Seguros. A escolha do Corretor é da inteira e exclusiva responsabilidade do Estipulante, conforme previsto na Lei 4.594/64, Decreto-lei n.º 73/66 e Decreto n.º 60.459/67.

2.11 Dependentes Seguráveis

Exclusivamente o cônjuge ou companheiro(a), os filhos solteiros ou adotivos do Segurado Titular menores de 24 (vinte e quatro) anos ou inválidos. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial.

2.12 Emergência

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

2.13 Estipulante

Pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o Seguro com a Seguradora, responsável pelo pagamento dos Prêmios Mensais, investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora.

2.14 Grupo Segurado

Conjunto de pessoas efetivamente incluído no Seguro.

2.15 Grupo Segurável

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

2.16 Hospital Dia

Regime de internação caracterizado pela permanência do Segurado em unidade hospitalar, por período não superior a 12 (doze) horas, para realização de procedimento(s) coberto(s).

2.17 Internação Hospitalar

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

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

2.18 Médico Assistente

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

2.19 Plano de Seguro

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

2.20 Prêmio

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

2.21 Proponente

Pessoa física, devidamente caracterizada pelo vínculo concreto empregatício e/ou societário com o Estipulante, que propõe o seu ingresso e o de seus Dependentes no Seguro. Quando o Proponente for menor de idade, assim legalmente reconhecido, deverá ser representado por responsável legal.

2.22 Proposta de Seguro

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

2.23 Rede Referenciada

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

2.24 Reembolso

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

2.25 Segurado

Pessoas efetivamente incluídas no Seguro, classificadas como:

a) Segurado Titular

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

b) Segurado Dependente

Dependente Segurável efetivamente incluído no Seguro.

2.26 Seguradora

Sul América Seguro Saúde S. A., pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar Seguros de Assistência à Saúde, registrada sob o nº 000043 na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

2.27 Sinistralidade

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

2.28 Sinistro

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

2.29 Subestipulante

Pessoa jurídica vinculada ao Estipulante

2.30 Tabela SulAmérica Saúde

Relação de procedimentos médico-hospitalares que servirá como base para o Reembolso das despesas comprovadamente pagas e realizadas com o tratamento dos Segurados. Esta relação poderá ser atualizada com inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. A Tabela SulAmérica Saúde está devidamente registrada no 3º Cartório de Registro de Títulos e Documentos da cidade de São Paulo para a Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

2.31 Termo de Aceitação e Responsabilidade

Documento que transfere à Empresa e/ou Corretor a responsabilidade pelas movimentações cadastrais através da Internet realizadas pela Movimentação Eletrônica de Cadastro, ferramenta disponibilizada pela Seguradora.

2.32 Urgência

Evento resultante de Acidente Pessoal ou complicações no processo gestacional.

3. Serviços Cobertos pelo Seguros

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

3.1 Emergências e Urgências

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

3.2 Acidentes Pessoais

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

3.3 Consultas Médicas

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

3.4 Exames

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

3.5 Terapias

- a) Fisioterapia;
- b) Quimioterapia;
- c) Radioterapia;
- d) Litotripsia;
- e) Hemodiálise e Diálise Peritoneal;
- f) Hemoterapia;

- g) **Psicomotricidade - até 30 (trinta) sessões por ano de vigência do Seguro, por Segurado;**
- h) **Fonoaudiologia - até 30 (trinta) sessões por ano de vigência do Seguro, por Segurado;**
- i) Demais terapias solicitadas pelo Médico Assistente, em conformidade com o estabelecido no Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na época de realização do evento.

3.6 Tratamentos dos Transtornos Psiquiátricos

- a) Atendimento às Emergências, assim consideradas as que impliquem ao Segurado ou terceiros, risco de vida, de danos físicos, inclusive as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão, danos morais ou patrimoniais;
- b) Psicoterapia de Crise, entendida como o atendimento intensivo realizado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de Emergência e limitado a 12 (doze) sessões, não cumulativas, por ano de vigência do Seguro;**
- c) Atendimento clínico, assim entendido aquele realizado sob orientação do Médico Assistente.

3.7 Intenações Hospitalares

As Internações Hospitalares poderão ocorrer em razão de:

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

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

3.7.1 Co-Participação

Haverá Co-participação do Segurado correspondente a 50% (cinquenta por cento) das despesas médicas e hospitalares cobertas e ocorridas a partir do 1º (primeiro) dia que ultrapassar os prazos definidos nas alíneas "b" e "c1" do subitem 3.7, dentro de um mesmo período anual de vigência da apólice.

3.7.2 Diárias e Taxas Hospitalares

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

3.7.3 Diária de Acompanhante

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

3.7.4 Medicamentos e Materiais Cirúrgicos Nacionais

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

3.7.5 Honorários Médicos

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

3.7.6 Exames

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

3.7.7 Remoções

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

3.8 Assistência ao Recém-Nascido

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

3.9 Transplantes de Órgãos

Transplante de órgãos, incluindo:

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

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

4. Serviços não Cobertos pelo Seguro

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

- 4.1 Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- 4.2 Internações Hospitalares, tratamentos ambulatoriais mesmo que decorrentes de Emergência e Urgência, exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;**
- 4.3 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e tratamentos cirúrgicos para alterações do corpo;**
- 4.4 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética;**
- 4.5 Enfermagem particular seja em hospital ou residência, assistência médica domiciliar, consulta domiciliar e *Home Care*, mesmo que as condições do Segurado exijam cuidados especiais ou extraordinários;**
- 4.6 Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e qualquer outro procedimento de Medicina Ortomolecular, Terapia Ocupacional, Psicologia, exceto psicomotricidade;**
- 4.7 Aparelhos ortopédicos;**
- 4.8 Cirurgias plásticas e tratamentos clínicos ou cirúrgicos, com finalidade estética ou social, mesmo que justificados por uma causa médica;**
- 4.9 Tratamentos de emagrecimento, senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescência e suas conseqüências e quaisquer outros realizados em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, clínicas de emagrecimento, *SPAs*, ou similares;**

- 4.10 Curativos e medicamentos, de qualquer natureza, ministrados ou utilizados fora do regime de Internação Hospitalar ou fora do atendimento ambulatorial;
- 4.11 Materiais e medicamentos importados;
- 4.12 Vacinas e autovacinas;
- 4.13 Inseminação artificial e quaisquer outros métodos de tratamento de infertilidade; vasectomia com finalidade de anti-concepção e suas reversões; laqueadura e suas reversões, dispositivos anticoncepcionais e provas de paternidade;
- 4.14 Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou solicitados pelo Médico Assistente;
- 4.15 *Check-up*, ou seja, solicitação de exames sem que o Segurado apresente doença ou sintoma;
- 4.16 Aluguel de equipamentos e aparelhos não relacionados com o atendimento médico-hospitalar, durante a Internação Hospitalar, tais como: respirador, cama hospitalar, cadeira de rodas, muletas, andador e qualquer outro com a mesma finalidade;
- 4.17 Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar, durante a Internação Hospitalar, tais como: jornais, TV, telefone, frigobar e estacionamento;
- 4.18 Qualquer despesa com acompanhante diferente da prevista nesta Proposta de Seguro;
- 4.19 Remoção decorrente de procedimentos não cobertos pelo Seguro e remoções por via aérea ou marítima;
- 4.20 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 4.21 Tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de Acidente Pessoal;
- 4.22 Procedimentos médico-hospitalares para os quais o Segurado ainda esteja em período de Carência, ressalvados os casos da cobertura de Emergência e Urgência;
- 4.23 Despesas com possíveis candidatos a doadores de órgãos para transplante;
- 4.24 Despesas com a internação ou permanência da Segurada parturiente após sua alta hospitalar;
- 4.25 Exames Admissionais, Periódicos e Demissionais;
- 4.26 Procedimentos que não constem do Rol de Procedimentos Médicos, para a Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente na data de realização do Evento.

5. Autorizações Prévias

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

5.1.1 Internações: clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas.

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

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

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

5.1.5 Remoções.

5.2 Para análise adequada da Autorização Prévia, a Seguradora reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham tratado o Segurado anteriormente.

5.3 Na Autorização Prévia para internação está prevista a quantidade de diárias de acordo com o tipo de tratamento. Quando necessária a permanência hospitalar por um período maior, a prorrogação da Autorização Prévia deverá ser solicitada à Seguradora.

5.4 Não serão reembolsadas despesas relacionadas com procedimentos descritos no subitem 5.1 sem a prévia e expressa autorização da Seguradora.

6. Inclusão de Segurados

6.1 Após o período de implantação, todos os novos componentes do Grupo Segurável deverão ser incluídos no Seguro, respeitando as mesmas condições e valores vigentes.

6.1.1 Normas de Inclusão

6.1.2 Movimentação Eletrônica de Cadastro

A Empresa ou Corretor efetuará o registro da inclusão no MECSAS e através das informações fornecidas serão definidas de forma automática a carência e o início de vigência, sem a necessidade de envio de formulários e documentos no momento da inclusão.

6.1.3 Manual

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

- a) Formulários fornecidos pela Seguradora, denominados Cartão Proposta, devidamente preenchidos e assinados pelo Segurado Titular e pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da Empresa;
- b) Cópia de documentos que comprovem o vínculo concreto empregatício ou societário com o Estipulante;
 - **Para Sociedade Comercial:** Contrato Social da Sociedade Comercial atualizado e registrado na Junta Comercial;
 - **Para Sociedade Civil:** Contrato Social da Sociedade Civil atualizado e registrado em Cartório de Títulos e Documentos;
 - **Para Sociedade Anônima:** Estatuto Social da Sociedade Anônima atualizado e publicado no Diário Oficial;
 - Relação atualizada de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada.
- c) Cópia de documentos que comprovem oficialmente e financeiramente a relação de dependência com o Segurado Titular, ou seja: certidão de nascimento, casamento, declaração de união estável com reconhecimento de firma de ambas as partes, tutela ou guarda judicial.

6.1.4 Os Cartões Proposta preenchidos em desacordo com as condições estabelecidas e contratadas nesta Proposta de Seguro, serão devolvidos ao Estipulante, que terá 5 (cinco) dias para a regularização, contados a partir da data de devolução pela Seguradora.

6.1.5 Ultrapassado o prazo para regularização, a partir da reapresentação dos Cartões Proposta a Seguradora iniciará novo prazo de 15 (quinze) dias para análise da inclusão.

6.1.6 Os documentos acima relacionados serão dispensados de sua apresentação no momento da inclusão quando esta for realizada através do aplicativo de Movimentação Eletrônica de Cadastro, exceto pela situação constante do item 1 destas Condições Gerais.

6.2 Para a inclusão de novo Segurado, o Estipulante deverá entregar à Seguradora em até 30 (trinta) dias da data de admissão, casamento, nascimento ou outro evento que habilite seu ingresso no Seguro, os seguintes documentos:

- a) Formulários fornecidos pela Seguradora, devidamente preenchidos e assinados pelo Segurado Titular e pelo representante legal do Estipulante, sob carimbo da Empresa;
- b) Cópia de documentos que comprovem o vínculo concreto empregatício ou societário com o Estipulante; e
- c) Cópia de documentos que comprovem a relação de dependência com o Segurado Titular, ou seja: certidão de nascimento, casamento, declaração de união estável com firma reconhecida, tutela ou guarda judicial.

6.3 Os Cartões Proposta preenchidos em desacordo com as condições estabelecidas e contratadas nesta Proposta de Seguro, serão devolvidas ao Estipulante, que terá 5 (cinco) dias para a representação dos Cartões Proposta.

6.3.1 Ultrapassado o prazo para regularização, a Seguradora iniciará novo prazo para análise da inclusão, a partir da reapresentação dos Cartões Proposta.

6.4 O Segurado incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias terá como data de início de vigência a mesma data do evento que caracterizou sua condição de Proponente ou Dependente Segurável e estará isento do cumprimento de Carência.

6.5 O Segurado incluído após o prazo de 30 (trinta) dias terá como data de início de vigência o 1º (primeiro) dia do mês subsequente à solicitação de inclusão e cumprirá os prazos de Carência, conforme estabelecido no subitem 7.3 destas Condições Gerais.

6.6 Os Cartões SulAmérica Saúde entregues pela Seguradora são de inteira responsabilidade do Estipulante.

7. Prazos de Carência

7.1 Inclusões no início de vigência

Todos os componentes do grupo segurável que venham aderir ao seguro nos primeiros 60 (sessenta) dias da vigência da apólice, serão incluídos com isenção dos prazos de carência.

7.2 Inclusões após o início de vigência

Os componentes do grupo segurável que venham a ser incluídos após os prazos previstos nos subitens 6.2, 6.4, 6.5 e 7.1 destas Condições Gerais, cumprirão os prazos de carência estabelecidos no subitem 7.3.

7.3 Grupos de Carência

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

Grupo de Carência	Prazos de Carência	Serviços Médicos e Hospitalares
0	A partir da 0 (zero) hora da data de adesão	Casos de acidentes pessoais
	A partir de 24 (vinte e quatro) horas da data de adesão	Casos de emergência e os de complicação do processo gestacional limitado às 12 (doze) primeiras horas de atendimento ambulatorial
1	A partir de 15 (quinze) dias da data de adesão	Cobertura para: consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), exames e terapias, em regime externo, constantes da Tabela SulAmérica Saúde, respeitando os prazos para os procedimentos descritos nos itens seguintes
2	A partir de 180 (cento e oitenta) dias da data de adesão	Cobertura para: internações hospitalares, ultra-sonografias com Doppler, ultra-sonografias coloridas, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, "tilt tests" e seus derivados, ressonância magnética, medicina nuclear (mapeamentos, cintilografias e terapias), ecocardiografias, eletrocardiografia dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografias e arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia do câncer, radioterapia, litotripsias e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro, respeitando os prazos para os procedimentos descritos nos itens seguintes
3	A partir de 300 (trezentos) dias da data de adesão	A segurada terá cobertura para parto a termo
4	A partir de 180 (cento e oitenta) dias da data de adesão	Cobertura para: transplantes de rim, córnea, coração, medula óssea, pâncreas, pulmão e fígado, implantes, próteses e órteses internas relacionadas ao ato cirúrgico
5	A partir de 180 (cento e oitenta) dias da data de adesão	Cobertura para: internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise, cirrose hepática, acupuntura, psicoterapia de crise, tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e cirurgias de refração em oftalmologia conforme estabelecido no Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar
6	A partir de 180 (cento e oitenta) dias da data de adesão	Cobertura para: tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS e quaisquer doenças dela decorrentes

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

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

8. Emergência e Urgência durante o Período de Carência

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

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

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

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

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

9. Planos de Seguro e Padrões de Acomodação

9.1 Planos de Seguro

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

9.1.2 Os planos de Seguro são: **Básico, Especial, Executivo e Máximo.**

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

9.2 Padrões de Acomodação

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

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

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

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

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

10. Índice de Adesão

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

Nº de Componentes do Grupo Segurável	Índice Mínimo de Adesão
De 31 a 200 vidas	100%
De 201 a 1.000 vidas	95%
De 1.001 a 5.000 vidas	90%
Acima de 5.000 vidas	85%

10.2 Mesmo que o índice mínimo de adesão tenha sido atingido, o Seguro não entrará em vigor se a Seguradora identificar variação superior a 5% (cinco por cento) na composição etária entre o Grupo Segurável apresentado e o Grupo Segurável estudado ou nas demais informações prestadas no formulário Solicitação de Estudo. Neste caso, será elaborado novo estudo para aprovação do Estipulante.

10.3 Ao Estipulante cabe fornecer à Seguradora lista com eventuais funcionários afastados das atividades regulares de trabalho e os motivos do afastamento.

11. Tabela de Prêmios

A tabela de prêmios da Proposta de Estudo, expressa em moeda corrente nacional, é parte integrante destas Condições Gerais e deverá ser assinada, sob carimbo, pelo Representante Legal da Empresa.

12. Reembolso

O Segurado será reembolsado das despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas com o seu tratamento ou de seus dependentes, quando não utili-

zar a Rede Referenciada, ou seja, quando optarem pela Livre Escolha, de acordo com o estabelecido a seguir.

12.1 Diárias Hospitalares

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

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

12.2 Taxas de Sala

Para efeito de reembolso são consideradas Taxas de Sala:

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

12.3 Medicamentos e Materiais

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

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

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

12.5 Múltiplos de Reembolso

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

*SADT = Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia

12.6 O valor do reembolso das despesas médico-hospitalares será obtido pela aplicação do múltiplo do Plano do segurado sobre o valor unitário do procedimento previsto na Tabela SulAmérica saúde e não será, sob nenhuma hipótese, ser superior ao valor efetivamente pago pelo Segurado para as respectivas despesas.

12.7 O valor correspondente à co-participação nas internações psiquiátricas ou para tratamentos de dependência química previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

12.8 O reembolso de despesas médicas e/ou hospitalares realizadas no Exterior será feito em moeda corrente nacional. Para a conversão será utilizada a taxa de câmbio oficial de compra, vigente na data da quitação do atendimento realizado.

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

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

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

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

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

13. Reajuste dos Prêmios

13.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

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

13.2 Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

- 13.2.1** O Prêmio poderá ser recalculado trimestralmente em função da sinistralidade apurada a partir do 6º (sexto) mês de vigência do Seguro.
- 13.2.2** A primeira apuração ocorrerá no 7º (sétimo) mês e serão ignorados os 3 (três) primeiros meses. Neste caso, o primeiro período de apuração compreenderá o 4º (quarto), 5º (quinto) e 6º (sexto) mês de vigência. A aplicação do resultado da apuração dar-se-á no 9º (nono) mês de vigência do Seguro.
- 13.2.3** As apurações subseqüentes terão por base o período compreendido entre o último reajuste aplicado e o mês da efetiva análise, desde que este período seja inferior a 12 (doze) meses. Quando o período for superior, será limitado aos últimos 12 (doze) meses de apuração.
- 13.2.4** A Seguradora apresentará ao Estipulante o cálculo do Prêmio estimado em decorrência do resultado da Sinistralidade no período, com 30 (trinta) dias de antecedência da aplicação do novo Prêmio.
- 13.2.5** Os Prêmios recalculados, em razão da Sinistralidade, deverão ser pagos automaticamente na fatura do mês seguinte ao da apuração.
- 13.2.6** O índice de Sinistralidade, para efeito da revisão dos Prêmios, será sempre o resultado da divisão total dos Sinistros pelo total de Prêmios cobrados durante o período de apuração.
- 13.2.7** Sempre que o índice Sinistro/Prêmio (ISP) estiver acima de 0,70 (setenta centésimos), os Prêmios serão reajustados conforme a seguinte fórmula:

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

Onde:

PN = Prêmio Novo

PA = Prêmio Atual

ISP = Índice Sinistro/Prêmio

0,70 = Índice Máximo de Sinistralidade

13.3 Reajuste Técnico do Prêmio

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

14. Pagamento dos Prêmios

Assim que é fechada, a Fatura é disponibilizada mensalmente no website da Seguradora sulamerica.com.br/saudeonline, o que possibilita ao Gestor da Empresa através de senha de acesso efetuar consultas ou impressão dos relatórios, incluindo a Ficha de Compensação para pagamento em rede bancária.

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

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

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

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

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

14.5 O atraso no pagamento do Prêmio Mensal implicará na suspensão automática do direito às Coberturas do Seguro, a partir do 1º (primeiro) dia de inadimplência do Estipulante.

14.5.1 O direito às Coberturas deste Seguro será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente à regularização do pagamento do Prêmio em atraso.

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

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

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

15 Custeio do Seguro

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

15.1.1 Não Contributário

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

15.1.2 Contributário

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

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

16. Realização do Seguro

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

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

17. Vigência e Renovação

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

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

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

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

17.3.2 Ultrapassado o prazo para regularização, a Seguradora iniciará a partir do último protocolo novo prazo de 15 (quinze) dias para emissão da Apólice, considerando nova data para início de vigência do Seguro.

18. Cancelamento do Seguro

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

- a) Por solicitação do Estipulante, mediante comunicação por escrito à Seguradora, com no mínimo 30 (trinta) dias de antecedência;
- b) Quando a natureza dos riscos do Grupo Segurado sofrer alteração, tornando inviável a sua manutenção pela Seguradora, que comunicará ao Estipulante por escrito em no mínimo 30 (trinta) dias;

- c) Quando o Grupo Segurado reduzir-se a número inferior a 31 (trinta e uma) vidas;
- d) Por inadimplência superior a 30 (trinta) dias;
- e) Quando o Estipulante, Proponente ou seu responsável legal não fizer declarações verdadeiras e completas na Proposta de Adesão ou no Cartão Proposta, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do Seguro ou no valor do Prêmio mensal, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro.

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

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

19. Exclusão do Segurado

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

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

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

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

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

20. Transferência de Plano

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

20.2 Caso o Estipulante tenha estabelecido no momento da contratação planos específicos para cada categoria funcional, a transferência também poderá ocorrer quando houver promoção de categoria funcional comprova-

da através do Registro de Empregados. Esta transferência deverá ser solicitada à Seguradora em até 30 (trinta) dias da data da promoção, respeitando ainda a condição dos demais Segurados de igual cargo ou função.

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

21. Extensão de Cobertura Assistencial aos Seguros Contributários

21.1 Por Exoneração, Rescisão do Contrato de Trabalho ou Aposentadoria

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

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

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

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

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

22 Divergências Médicas

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

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

22.3 Cada parte contratante pagará os honorários ao médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro, desempatador, será paga pela Seguradora.

23 Sigilo Médico

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

24 Comprovação do Grupo Segurável e do Vínculo Empregatício

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

25 Foro

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

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

Estipulante

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

Sul América Seguro Saúde S.A.

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

Registro na ANS nº 000043

Apólice

Cláusula Adicional de Assistência 24 Horas

Estipulante

1. Assistência 24 Horas

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

Os serviços da Assistência 24 Horas deverão ser, obrigatoriamente, solicitados à Central de Atendimento Saúde 24 Horas, não cabendo em nenhuma hipótese, a utilização do sistema de livre escolha, com reembolso das despesas.

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

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

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

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

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

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

b) Retorno de acompanhantes

Caso o(s) acompanhante(s) do Segurado fique(m) impossibilitado(s) de retornar ao(s) seu(s) domicílio(s), pelo meio de transporte utilizado pelo Segurado, ou naquele em que se encontravam, a Assistência 24 Horas providenciará e custeará o transporte para o retorno.

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

Caso o Segurado fique hospitalizado por mais de 5 (cinco) dias e necessite de acompanhante, serão fornecidas passagens de ida e volta, pelo meio de transporte à escolha da Assistência 24 Horas, para que uma pessoa indicada pelo Segurado, que resida e se encontre no Brasil, esteja presente durante o período de hospitalização.

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

d) Hospedagem do Acompanhante.

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

A hospedagem não inclui quaisquer despesas extras (frigobar, jornais, estacionamento, etc.), obedecendo ao limite máximo de R\$ 100, 00 (cem Reais) por diária. A escolha do estabelecimento ficará a exclusivo critério da Assistência 24 Horas.

e) Prolongamento da Estada

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

A hospedagem não inclui quaisquer despesas extras (frigobar, jornais, estacionamento, etc.), obedecendo ao limite máximo de R\$ 100 (cem Reais) por diária. A escolha do estabelecimento ficará a exclusivo critério da Assistência 24 Horas.

f) Remoção em caso de falecimento do Segurado

Se, em virtude de doença ou acidente, o Segurado vier a falecer, a Assistência 24 Horas arcará com as despesas do traslado do corpo até a cidade de seu domicílio, estando incluído na remoção o fornecimento de urna simples, apropriada para o traslado.

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

g) Retorno antecipado do Segurado ao seu domicílio

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

h) Bagagem

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

i) Motorista substituto no Brasil

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

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

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

j) Reembolso de tarifa por Passagem Perdida

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

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

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

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

Em caso de falecimento ou hospitalização do Segurado, a Assistência 24 Horas providenciará um acompanhante para o retorno dos filhos do Segurado, menores de 14 anos, ao seu domicílio no Brasil, caso eles não estejam acompanhados de uma pessoa adulta.

b) Adiantamento para despesas médicas e hospitalares no Exterior

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

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

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

c) Adiantamento para prestação de fiança ou caução penal

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

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

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

d) Orientação em Caso de Perda de Documentos

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

1.3 Delimitação dos Serviços Prestados

- a) os transportes, remoções e viagens fornecidos não compreenderão distância superior à existente entre o domicílio do Segurado e o local de ocorrência do evento que tenha motivado o pedido de assistência.

- b) o serviço de retorno ao domicílio após alta hospitalar só será fornecido até 30 (trinta) dias após a alta médica, comprovada por liberação formal e por escrito do médico ou do serviço hospitalar responsável pelo atendimento do assistido.

1.4 Exclusões dos Serviços da Assistência 24 Horas

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

- a) se a viagem tiver duração superior a 60 (sessenta) dias consecutivos;
- b) em razão de gravidez, salvo complicações imprevisíveis, e em qualquer caso, após o sexto mês;
- c) serviço de retorno ao domicílio após 30 (trinta) dias da alta médica, comprovada por liberação formal e por escrito do Médico Assistente ou do serviço hospitalar responsável pelo atendimento do Segurado;
- d) em virtude de convalescença e/ou infecção em curso de tratamentos não terminados;
- e) recaída de doença anteriormente contraída, que comportava riscos de agravamento ou Segurados em curso de doença ativa, manifestada antes do início da viagem;
- f) hospitalização para tratamento estético;
- g) suicídio, tentativa de suicídio, duelo, rixa, alcoolismo, uso de tóxicos ou drogas não prescritas por médicos, bem como ato doloso praticado pelo Segurado;
- h) alpinismo com escalada, caça a animais perigosos, uso de armas de fogo, pesca submarina, esportes perigosos, espeleologia, competição esportiva ou treino preparatório com veículos aéreos, terrestres e aquáticos;
- i) guerra civil ou estrangeira, tumulto ou movimentos populares, greves, atos de terrorismo ou sabotagem, manifestações de radioatividade, bem como casos fortuitos ou de força maior;
- j) viagem contra-indicada em razão do estado de conservação das vias e/ou dos meios de transporte, excesso de passageiros ou viagem para locais de difícil acesso e sem infra-estrutura;
- k) Transportes, remoções e viagens com distância superior à existente entre o domicílio do Segurado e o local de ocorrência do evento que tenha motivado a solicitação do serviço.

1.5 Responsabilidades

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

2 Disposições Finais

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

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

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

Estipulante

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

Sul América Seguro Saúde S.A.

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

Registro na ANS nº 000043

Apólice

Cláusula do Programa de Gerenciamento de Fatores de Risco

Estipulante

1. Objeto

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

2. Programa

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

3. Doenças Avaliadas

- 3.1** O Programa avalia algumas das principais doenças crônicas e que representam cerca de 30% das doenças.
- a) Doenças Cardiovasculares (Infarto do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral)
 - b) Diabetes Mellitus
 - c) Câncer Ginecológico e das Mamas
 - d) Câncer de Próstata
 - e) Câncer Intestinal
 - f) Gestação de risco

4. Coleta de Dados

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

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

4.3 Serão coletados dados sobre histórico familiar, histórico pessoal, estilo de vida, acompanhamento médico de rotina, medidas de peso, altura, pressão arterial, colesterol total e glicemia. Preenchidas as questões pelo participante, o questionário será lacrado e depositado numa urna em local determinado pela Área de Recursos Humanos. Os questionários lacrados serão enviados para a SulAmérica.

5. Coleta dos Exames

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

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

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

6. Emissão dos Relatórios

6.1 Relatório Individual

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

6.1.2 Os relatórios serão entregues ao participante num prazo estimado de 15 dias úteis a partir da data do recebimento do questionário pela SulAmérica, desde que as informações estejam completas. Caso o questionário esteja incompleto, este será devolvido ao participante para a complementação.

6.2 Relatório do Grupo

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

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

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

7. Agendamento do Programa

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

8. Limites

8.1 Este programa é direcionado **para segurados titulares** na ocasião da realização do programa.

8.2 Este programa será aplicado apenas **uma vez** dentro do período de 1(um)ano. Após este período, poderá ser repetido por solicitação da Empresa nas seguintes condições:

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

9. Participantes

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

10. Confidencialidade

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

10.2 Será emitido para a área de recursos humanos da empresa somente o resultado compilado das informações coletivas.

11. Cancelamento da Cláusula

11.1 Esta cláusula estará automaticamente cancelada, independente de interpelação judicial ou extra-judicial e sem que caiba indenização na situação de cancelamento da Apólice do seguro de Assistência à Saúde.

12. Disposições Finais

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

12.2 Permanecem válidas todas as cláusulas e itens constantes da Apólice do seguro de Assistência a Saúde , desde que não sejam conflitantes com o disposto nesta Cláusula.

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

Estipulante

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

Sul América Seguro Saúde S.A.

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

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

Apólice

Cláusula Opcional de Remissão do Pagamento dos Prêmios

Estipulante

1. Objeto da Cláusula

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

2. Dependentes Remidos

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

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

3. Direito à Remissão do Pagamento dos Prêmios

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

- a) O falecimento do Segurado Titular ocorrer durante a vigência do Seguro;
- b) O falecimento do Segurado Titular for decorrente de evento coberto pela Modalidade de Seguro contratada;
- c) Existir vínculo concreto empregatício ou societário com o Estipulante na data do falecimento;
- d) Todos os Prêmios Mensais anteriores à data do falecimento do Segurado Titular estiverem quitados.

4. Comunicação à Seguradora

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

5. Início de Vigência

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

6. Cancelamento da Remissão do Pagamento dos Prêmios

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

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

7. Disposições Finais

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

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

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

Sul América Seguro Saúde S.A.

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

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

Apólice

Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS

Estipulante

1. A Estipulante acima identificada, doravante denominada Contratante, ou a Corretora por ela designada, que receberá a denominação de Corretora Nomeada, declara-se ciente que o aplicativo fornecido pela Contratada - Sul América Seguro Saúde S.A., sem ônus de custo de implantação, com denominação de Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica (MECSAS), deverá ser utilizado de forma exclusiva e concorda em não ceder o aplicativo para uso de terceiros, nem mesmo para cópias, e a não permitir violações nos programas e códigos, excetuadas as alterações feitas pela Seguradora.
2. O MECSAS habilita a Estipulante ou a Corretora Nomeada a realizar, após cadastrar seu login e senha, procedendo de acordo as regras estabelecidas nas Condições Gerais da apólice em vigor e os prazos, informações e restrições constantes da Ajuda/Help do próprio aplicativo, as seguintes movimentações no cadastro de beneficiários e através do Tráfego de Arquivos:
 - a) Inclusão de titular e/ou família;
 - b) Inclusão de dependentes;
 - c) Exclusão de família;
 - d) Exclusão de dependentes;
 - e) Alteração de Dados bancários e CEP de residência;
 - f) Inclusão de Companheiro (a);
 - g) Inclusão de filhos inválidos;
 - h) Inclusão de filhos maiores.
3. As movimentações não enquadradas nas regras para a Movimentação por Meio Eletrônico devem ser encaminhadas à seguradora através de formulários próprios preenchidos, assinados, carimbados e acompanhados da documentação de apoio.
4. A Contratada fornecerá o suporte necessário ao perfeito funcionamento do MECSAS, informará eventuais alterações na base de dados e o resultado do processamento encaminhado. Além disso, a seguradora gerenciará periodicamente todas as movimentações realizadas com o intuito de resguardar o equilíbrio econômico-financeiro da apólice.

5. A Contratada disponibilizará o serviço de atendimento HELPSAS, que através do número 0800-9707777 dará o suporte e informações necessárias para a correta utilização do aplicativo MECSAS.
6. O Contratante deve manter em seu poder e fornecer à Contratada quando solicitado, no prazo por ela fixado, sob pena de bloqueio do aplicativo e da cobertura ao grupo segurado, a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos beneficiários cadastrados, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, e, também, os comprovantes da perda de direito ao seguro e da opção pelo mesmo.

Os documentos acima poderão ser solicitados pela seguradora seja para auditoria, simples verificação ou para apoio nas defesas em eventuais ações judiciais ou reclamações administrativas junto aos órgãos de fiscalização da seguradora.
7. A Contratante ou a Corretora Nomeada escolherá seu login e senha para uso do aplicativo, e se responsabilizarão: pela confidencialidade de sua senha, por toda e qualquer movimentação cadastral realizada e inclusive pelo ressarcimento de eventuais custos decorrentes de despesas por uso indevido.
8. Considera-se uso indevido do MECSAS a realização de movimentação que não estiver de acordo com as Condições Gerais, as condições do presente termo e as restrições constantes na Ajuda/Help do aplicativo, cabendo nestes casos o bloqueio do MECSAS por parte da seguradora e/ou o cancelamento da operação efetuada.
9. A Contratada oferece duas opções para o processamento das movimentações através do MECSAS. Cabe a Contratante, no item 16 deste Termo, definir qual a opção adequada para a sua Empresa.
 - Movimentação agrupada: A ferramenta será instalada em uma única empresa do grupo, a qual é responsável por processar as movimentações das suas subestipulantes/filiais, em função de possuírem um único departamento de Recursos Humanos, ou
 - Movimentação desagrupada: Cada Empresa do grupo terá a ferramenta instalada em sua unidade, por serem individualmente responsáveis por suas movimentações e possuírem cada qual o seu departamento de Recursos Humanos.

Para qualquer uma das movimentações, a Contratada, oferece ainda a opção de multi usuário, por meio da qual cada Empresa usuária poderá enviar, eletronicamente, as suas movimentações, desde que haja a permissão do administrador do servidor.
10. A Contratante ou a Corretora Nomeada compromete-se ainda:
 - A comunicar a Contratada, imediata e formalmente, toda e qualquer ocorrência relacionada com uso indevido do MECSAS;
 - A manter confidencialidade sobre a existência do MECSAS e resultados obtidos;
 - A comunicar a Contratada quando houver troca de Corretor e, devido a esta troca, caso este seja o usuário do aplicativo, enviar um novo termo assinado pela Estipulante e a nova Corretora.

11. A cobrança do prêmio referente ao mês de inclusão é integral independentemente da data de inclusão do segurado no seguro.
12. A Contratante ou a Corretora Nomeada está sendo licenciada por parte da Contratada para o uso do aplicativo MECSAS.
13. Caso a Corretora seja nomeada para operar o MECSAS, esta transferência não exime a Contratante de fornecer e responsabilizar-se pelas informações cadastradas.
14. A Contratante e a Corretora Nomeada declaram terem lido e que estão de acordo com as cláusulas e condições acima e comprometem-se com seu cumprimento.
15. A utilização do MECSAS será de responsabilidade da:
| | Contratante | | Corretora
16. As movimentações serão processadas no MECSAS de forma:
| | Agrupada | | Desagrupada

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

Contratante
Assinatura e Carimbo

Corretora
Assinatura e Carimbo

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

Apólice

Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS

Estipulante

1. A Estipulante acima identificada, doravante denominada Contratante, ou a Corretora por ela designada, que receberá a denominação de Corretora Nomeada, declara-se ciente que o aplicativo fornecido pela Contratada - Sul América Seguro Saúde S.A., sem ônus de custo de implantação, com denominação de Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica (MECSAS), deverá ser utilizado de forma exclusiva e concorda em não ceder o aplicativo para uso de terceiros, nem mesmo para cópias, e a não permitir violações nos programas e códigos, excetuadas as alterações feitas pela Seguradora.
2. O MECSAS habilita a Estipulante ou a Corretora Nomeada a realizar, após cadastrar seu login e senha, procedendo de acordo as regras estabelecidas nas Condições Gerais da apólice em vigor e os prazos, informações e restrições constantes da Ajuda/Help do próprio aplicativo, as seguintes movimentações no cadastro de beneficiários e através do Tráfego de Arquivos:
 - a) Inclusão de titular e/ou família;
 - b) Inclusão de dependentes;
 - c) Exclusão de família;
 - d) Exclusão de dependentes;
 - e) Alteração de Dados bancários e CEP de residência;
 - f) Inclusão de Companheiro (a);
 - g) Inclusão de filhos inválidos;
 - h) Inclusão de filhos maiores.
3. As movimentações não enquadradas nas regras para a Movimentação por Meio Eletrônico devem ser encaminhadas à seguradora através de formulários próprios preenchidos, assinados, carimbados e acompanhados da documentação de apoio.
4. A Contratada fornecerá o suporte necessário ao perfeito funcionamento do MECSAS, informará eventuais alterações na base de dados e o resultado do processamento encaminhado. Além disso, a seguradora gerenciará periodicamente todas as movimentações realizadas com o intuito de resguardar o equilíbrio econômico–financeiro da apólice.

5. A Contratada disponibilizará o serviço de atendimento HELPSAS, que através do número 0800-9707777 dará o suporte e informações necessárias para a correta utilização do aplicativo MECSAS.
6. O Contratante deve manter em seu poder e fornecer à Contratada quando solicitado, no prazo por ela fixado, sob pena de bloqueio do aplicativo e da cobertura ao grupo segurado, a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos beneficiários cadastrados, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, e, também, os comprovantes da perda de direito ao seguro e da opção pelo mesmo.

Os documentos acima poderão ser solicitados pela seguradora seja para auditoria, simples verificação ou para apoio nas defesas em eventuais ações judiciais ou reclamações administrativas junto aos órgãos de fiscalização da seguradora.
7. A Contratante ou a Corretora Nomeada escolherá seu login e senha para uso do aplicativo, e se responsabilizarão: pela confidencialidade de sua senha, por toda e qualquer movimentação cadastral realizada e inclusive pelo ressarcimento de eventuais custos decorrentes de despesas por uso indevido.
8. Considera-se uso indevido do MECSAS a realização de movimentação que não estiver de acordo com as Condições Gerais, as condições do presente termo e as restrições constantes na Ajuda/Help do aplicativo, cabendo nestes casos o bloqueio do MECSAS por parte da seguradora e/ou o cancelamento da operação efetuada.
9. A Contratada oferece duas opções para o processamento das movimentações através do MECSAS. Cabe a Contratante, no item 16 deste Termo, definir qual a opção adequada para a sua Empresa.
 - Movimentação agrupada: A ferramenta será instalada em uma única empresa do grupo, a qual é responsável por processar as movimentações das suas subestipulantes/filiais, em função de possuírem um único departamento de Recursos Humanos, ou
 - Movimentação desagrupada: Cada Empresa do grupo terá a ferramenta instalada em sua unidade, por serem individualmente responsáveis por suas movimentações e possuírem cada qual o seu departamento de Recursos Humanos.

Para qualquer uma das movimentações, a Contratada, oferece ainda a opção de multi usuário, por meio da qual cada Empresa usuária poderá enviar, eletronicamente, as suas movimentações, desde que haja a permissão do administrador do servidor.
10. A Contratante ou a Corretora Nomeada compromete-se ainda:
 - A comunicar a Contratada, imediata e formalmente, toda e qualquer ocorrência relacionada com uso indevido do MECSAS;
 - A manter confidencialidade sobre a existência do MECSAS e resultados obtidos;
 - A comunicar a Contratada quando houver troca de Corretor e, devido a esta troca, caso este seja o usuário do aplicativo, enviar um novo termo assinado pela Estipulante e a nova Corretora.

11. A cobrança do prêmio referente ao mês de inclusão é integral independentemente da data de inclusão do segurado no seguro.
12. A Contratante ou a Corretora Nomeada está sendo licenciada por parte da Contratada para o uso do aplicativo MECSAS.
13. Caso a Corretora seja nomeada para operar o MECSAS, esta transferência não exime a Contratante de fornecer e responsabilizar-se pelas informações cadastradas.
14. A Contratante e a Corretora Nomeada declaram terem lido e que estão de acordo com as cláusulas e condições acima e comprometem-se com seu cumprimento.
15. A utilização do MECSAS será de responsabilidade da:
| | Contratante | | Corretora
16. As movimentações serão processadas no MECSAS de forma:
| | Agrupada | | Desagrupada

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

Contratante
Assinatura e Carimbo

Corretora
Assinatura e Carimbo

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

Apólice

Termo de Aceitação e Responsabilidade MECSAS

Estipulante

1. A Estipulante acima identificada, doravante denominada Contratante, ou a Corretora por ela designada, que receberá a denominação de Corretora Nomeada, declara-se ciente que o aplicativo fornecido pela Contratada - Sul América Seguro Saúde S.A., sem ônus de custo de implantação, com denominação de Meio Eletrônico de Cadastro SulAmérica (MECSAS), deverá ser utilizado de forma exclusiva e concorda em não ceder o aplicativo para uso de terceiros, nem mesmo para cópias, e a não permitir violações nos programas e códigos, excetuadas as alterações feitas pela Seguradora.
2. O MECSAS habilita a Estipulante ou a Corretora Nomeada a realizar, após cadastrar seu login e senha, procedendo de acordo as regras estabelecidas nas Condições Gerais da apólice em vigor e os prazos, informações e restrições constantes da Ajuda/Help do próprio aplicativo, as seguintes movimentações no cadastro de beneficiários e através do Tráfego de Arquivos:
 - a) Inclusão de titular e/ou família;
 - b) Inclusão de dependentes;
 - c) Exclusão de família;
 - d) Exclusão de dependentes;
 - e) Alteração de Dados bancários e CEP de residência;
 - f) Inclusão de Companheiro (a);
 - g) Inclusão de filhos inválidos;
 - h) Inclusão de filhos maiores.
3. As movimentações não enquadradas nas regras para a Movimentação por Meio Eletrônico devem ser encaminhadas à seguradora através de formulários próprios preenchidos, assinados, carimbados e acompanhados da documentação de apoio.
4. A Contratada fornecerá o suporte necessário ao perfeito funcionamento do MECSAS, informará eventuais alterações na base de dados e o resultado do processamento encaminhado. Além disso, a seguradora gerenciará periodicamente todas as movimentações realizadas com o intuito de resguardar o equilíbrio econômico–financeiro da apólice.

5. A Contratada disponibilizará o serviço de atendimento HELPSAS, que através do número 0800-9707777 dará o suporte e informações necessárias para a correta utilização do aplicativo MECSAS.
6. O Contratante deve manter em seu poder e fornecer à Contratada quando solicitado, no prazo por ela fixado, sob pena de bloqueio do aplicativo e da cobertura ao grupo segurado, a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos beneficiários cadastrados, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, e, também, os comprovantes da perda de direito ao seguro e da opção pelo mesmo.

Os documentos acima poderão ser solicitados pela seguradora seja para auditoria, simples verificação ou para apoio nas defesas em eventuais ações judiciais ou reclamações administrativas junto aos órgãos de fiscalização da seguradora.
7. A Contratante ou a Corretora Nomeada escolherá seu login e senha para uso do aplicativo, e se responsabilizarão: pela confidencialidade de sua senha, por toda e qualquer movimentação cadastral realizada e inclusive pelo ressarcimento de eventuais custos decorrentes de despesas por uso indevido.
8. Considera-se uso indevido do MECSAS a realização de movimentação que não estiver de acordo com as Condições Gerais, as condições do presente termo e as restrições constantes na Ajuda/Help do aplicativo, cabendo nestes casos o bloqueio do MECSAS por parte da seguradora e/ou o cancelamento da operação efetuada.
9. A Contratada oferece duas opções para o processamento das movimentações através do MECSAS. Cabe a Contratante, no item 16 deste Termo, definir qual a opção adequada para a sua Empresa.
 - Movimentação agrupada: A ferramenta será instalada em uma única empresa do grupo, a qual é responsável por processar as movimentações das suas subestipulantes/filiais, em função de possuírem um único departamento de Recursos Humanos, ou
 - Movimentação desagrupada: Cada Empresa do grupo terá a ferramenta instalada em sua unidade, por serem individualmente responsáveis por suas movimentações e possuírem cada qual o seu departamento de Recursos Humanos.

Para qualquer uma das movimentações, a Contratada, oferece ainda a opção de multi usuário, por meio da qual cada Empresa usuária poderá enviar, eletronicamente, as suas movimentações, desde que haja a permissão do administrador do servidor.
10. A Contratante ou a Corretora Nomeada compromete-se ainda:
 - A comunicar a Contratada, imediata e formalmente, toda e qualquer ocorrência relacionada com uso indevido do MECSAS;
 - A manter confidencialidade sobre a existência do MECSAS e resultados obtidos;
 - A comunicar a Contratada quando houver troca de Corretor e, devido a esta troca, caso este seja o usuário do aplicativo, enviar um novo termo assinado pela Estipulante e a nova Corretora.

11. A cobrança do prêmio referente ao mês de inclusão é integral independentemente da data de inclusão do segurado no seguro.
12. A Contratante ou a Corretora Nomeada está sendo licenciada por parte da Contratada para o uso do aplicativo MECSAS.
13. Caso a Corretora seja nomeada para operar o MECSAS, esta transferência não exime a Contratante de fornecer e responsabilizar-se pelas informações cadastradas.
14. A Contratante e a Corretora Nomeada declaram terem lido e que estão de acordo com as cláusulas e condições acima e comprometem-se com seu cumprimento.
15. A utilização do MECSAS será de responsabilidade da:
| | Contratante | | Corretora
16. As movimentações serão processadas no MECSAS de forma:
| | Agrupada | | Desagrupada

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

Contratante
Assinatura e Carimbo

Corretora
Assinatura e Carimbo