



**CONDIÇÕES**

**GERAIS**

**SEGURO SAÚDE**

COLETIVO  
EMPRESARIAL

**VOCÊ**

**SEMPRE**

**BEM.**



**SOMPO  
SAÚDE**

## CONDIÇÕES GERAIS SEGURO SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL

### ÍNDICE

---

1. QUALIFICAÇÃO DAS PARTES CONTRATANTES	3
2. OBJETO DO SEGURO	3
3. COBERTURAS ADICIONAIS	3
4. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS COMPONENTES DO GRUPO SEGURÁVEL	3
5. CONDIÇÕES PARA EXCLUSÃO DOS COMPONENTES DO GRUPO SEGURADO	5
6 IDENTIFICAÇÃO DOS SEGURADOS	7
7. INÍCIO DE COBERTURA	7
8. ÍNDICE DE ADESÃO	8
9. DESPESAS COBERTAS	8
10. DESPESAS COBERTAS SOMENTE COM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA	12
11. DESPESAS NÃO COBERTAS	15
12. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA	17
13. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	17
14. REGIME DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	18
15. PRAZOS DE CARÊNCIA	19
16. DOENÇAS E/OU LESÕES PREEXISTENTES	21
17. DO CUSTEIO DO SEGURO	22
18. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS MENSAIS	22
19. PRÊMIOS MENSAIS, REAJUSTES E EQUILÍBRIO TÉCNICO- FINANCEIRO	23
20. VARIAÇÃO POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA	28
21. COPARTICIPAÇÃO DOS SEGURADOS	29
22. VIGÊNCIA DO CONTRATO DE SEGURO	29
23. RENOVAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO	29
24. SEGURADO EXCLUÍDO DO GRUPO SEGURADO CUSTEADO SOB REGIME CONTRIBUTÁRIO	30
25. SEGURADO EXCLUÍDO DO GRUPO SEGURADO CUSTEADO SOB REGIME NÃO CONTRIBUTÁRIO	32
26. RESCISÃO DO CONTRATO DE SEGURO	33
27. RESPONSABILIDADE DO ESTIPULANTE	34
28. DISPOSIÇÕES GERAIS	35
29. DO FORO	36
GLOSSÁRIO	37
COBERTURAS ADICIONAIS	40
CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO SAÚDE	
COBERTURA DE REMISSÃO POR MORTE DO SEGURADO PRINCIPAL	42
COBERTURA DE ATENDIMENTO MÉDICO DOMICILIAR DE EMERGÊNCIA MÉDICA	43
CADERNO DE SERVIÇOS ESPECIAIS	
ASSISTÊNCIA NACIONAL E INTERNACIONAL EM VIAGENS	45
CONCIERGE	57

---

## CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO

### 1. QUALIFICAÇÃO DAS PARTES CONTRATANTES.

**1.1. DA SEGURADORA: SOMPO SAÚDE SEGUROS S.A.**, inscrita perante o CNPJ do MF n.º 47.184.510/0001-20, com sede à Rua Cubatão, n.º 320, 9º andar, na cidade de São Paulo, Capital, legalmente autorizada a operar Planos Privados de Assistência à Saúde com registro na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar sob n.º 000477, Classificação junto ao Órgão Regulador: Seguradora Especializada em Saúde.

**1.2. DO ESTIPULANTE:** É a pessoa jurídica devidamente identificada na Proposta de Seguro que celebra o contrato em proveito das pessoas físicas a ela vinculadas, por vínculo empregatício, societário ou estatutário, e fica investida dos poderes de representação destas pessoas perante a Seguradora, na condição de Estipulante, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas.

### 2. OBJETO DO SEGURO

**2.1.** Este Seguro, em conformidade com a Lei 9.656/98 e sua regulamentação, objetiva garantir aos segurados, devidamente incluídos na apólice, a cobertura dos riscos nele previstos visando à **assistência médica Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia**, por reembolso ou pela utilização de Rede Referenciada, **observadas as coberturas, os limites, as exclusões contratuais e demais cláusulas restritivas de direito.**

**2.1.1.** Pelo sistema de reembolso, o segurado será reembolsado das despesas médicas e/ou hospitalares **realizadas na abrangência geográfica** definida no “Caderno de Características Específicas do Plano” nestas Condições Gerais, desde que comprovada a efetiva necessidade clínica dessas despesas, nos limites previstos no plano de seguro saúde em que foi incluído.

**2.1.2.** O segurado também poderá utilizar os serviços de uma rede de profissionais e instituições médicas referenciadas, **segundo a abrangência geográfica do plano, definida no “Caderno de Características Específicas do Plano” nestas Condições Gerais**, cujo pagamento será efetuado diretamente pela Seguradora ao prestador de serviços referenciado, por conta e ordem do segurado.

**2.1.2.1. A rede referenciada é composta conforme o plano contratado.**

**2.2.** As condições de atendimento previstas na presente Cláusula serão prestadas de forma continuada, nos termos previstos na legislação em vigor, garantindo-se a cobertura para todas as doenças previstas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

**2.3. Este Seguro constitui contrato coletivo empresarial, bilateral e gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma da legislação civil e consumerista aplicáveis.**

**2.4. Planos de Seguro:** o plano contratado está devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e está definido no “Caderno de Características Específicas do Plano” destas Condições Gerais.

### 3. COBERTURAS ADICIONAIS

**São as coberturas e benefícios oferecidos pela Seguradora, adicionais ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.**

### 4. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS COMPONENTES DO GRUPO SEGURÁVEL

**4.1.** Poderão ser aceitos, como Segurados Titulares, os componentes do Grupo Segurável que comprovem vínculo empregatício, estatutário ou de estágio com o Estipulante, bem como seus respectivos sócios e administradores.

**4.1.1. A comprovação do vínculo do Segurado Titular com o Estipulante, e do(s) respectivo(s) dependente(s), poderá ser exigida pela Seguradora a qualquer momento, inclusive durante a vigência do contrato.**

**4.2.** O Estipulante encaminhará à Seguradora, para a celebração do contrato, a relação de componentes do grupo segurável a serem incluídos no seguro e, se for o caso, de seus dependentes, além dos documentos solicitados que comprovem essa condição.

**4.3.** Aos contratos com até 29 (vinte e nove) segurados serão aplicadas carências, conforme Cláusula “Prazos de Carência” e Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, conforme cláusula “Doenças e/ou Lesões Preexistentes” nos casos de doenças e/ou lesões preexistentes.

**4.3.1.** Não será aplicada carência, Cobertura Parcial Temporária ou Agravo em casos de doenças e/ou lesões preexistentes aos contratos com 30 (trinta) ou mais segurados, **desde que o proponente (Segurado Titular ou Dependente), por intermédio do Estipulante, formalize o requerimento de ingresso na apólice em até 30 (trinta) dias contados do início de vigência do contrato ou de sua vinculação ao Estipulante, ou da vinculação do segurado dependente ao titular.**

**4.3.2. Para inclusão de Segurado Titular e seus Dependentes, quando o caso, após o início de vigência do contrato, será necessária a apresentação de documento que comprove a data de sua vinculação ao Estipulante.**

**4.4. Após o prazo de 30 (trinta) dias, fixado nesta cláusula e nos contratos com até 29 (vinte e nove) segurados, a inclusão de proponentes poderá ser aceita mediante a apresentação de proposta com Declaração de Saúde, consistente em formulário próprio com informações sobre doenças e/ou lesões que o proponente, ou seu representante legal, saiba ser sofredor ou portador.**

**4.4.1. Neste caso, os proponentes ficarão sujeitos ao cumprimento de carências e Cobertura Parcial Temporária ou Agravo para as doenças e/ou lesões preexistentes.**

**4.4.2.** Na Declaração de Saúde, os Proponentes (Titular, Dependentes e/ou Representantes Legais, de um e de outro) deverão indicar quaisquer patologias, moléstias ou lesões que saibam ser portadores ou sofredores, bem como quaisquer cirurgias ou tratamentos a que tenham se submetido.

**4.4.2.1.** O proponente tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores referenciados pela Seguradora, sem qualquer ônus.

**4.4.2.2.** Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede referenciada da Seguradora, ele poderá fazê-lo desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

**4.4.2.2.1.** O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças e ou lesões que o proponente saiba ser portador ou sofredor no momento da sua adesão ou inclusão ao contrato, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

**4.5.** A possibilidade de admissão, no Grupo Segurado, de Segurados Dependentes fica a critério do Estipulante, desde que o Segurado Titular seja incluído no seguro e que sejam atendidas as seguintes condições:

**a)** ser cônjuge ou companheiro(a) do Segurado Titular, com apresentação de certidão de casamento ou escritura pública declaratória de união estável;

**b)** ser filho(a), natural ou adotivo, ou enteado(a), solteiro menor de 21 (vinte e um) anos de idade ou menor de 24 (vinte e quatro) anos, se universitário(a), desde que apresentada certidão de nascimento, documentação oficial de guarda e declaração emitida pela faculdade, respectivamente.

**b.1)** No caso de enteado(a) solteiro(a) menor de 21 (vinte e um) anos de idade ou menor de 24 (vinte e quatro) anos, se universitário(a), a inclusão só poderá ser feita com a adesão simultânea e permanência do(a) genitor(a) no Seguro.

**4.5.1.** Para inclusão de dependentes após a data de inclusão do Segurado Titular, será necessário o envio à Seguradora, juntamente com a solicitação de inclusão, do documento que prove a aquisição da condição de dependência, tais como, Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento entre outros documentos, e terão sua inclusão assegurada, isentos do cumprimento dos períodos de carência, desde que o Segurado Principal também esteja isento e a inscrição dos Segurados Dependentes ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de aquisição da condição de dependência, observado, no que couber, os demais termos constantes destas Condições Gerais.

**4.5.1.1.** Caso o Segurado Titular ainda esteja cumprindo período de carência, os Dependentes incluídos posteriormente aproveitarão os períodos de carência já cumpridos pelo Segurado Titular.

**4.5.2.** O pedido de inscrição de Segurados Dependentes após 30 (trinta) dias da aquisição da condição de dependência fará incidir, a esses Segurados Dependentes, as regras estabelecidas nas Cláusulas de “Carência” e “Cobertura Parcial Temporária ou Agravo”.

**4.6.** Fica assegurada a inclusão do filho recém-nascido, natural ou adotivo, do segurado. A inclusão se dará com isenção do cumprimento de carência e Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, desde que ocorra em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção e que o segurado titular esteja isento do cumprimento de carências ou já tenha cumprido a carência de 180 (cento e oitenta) dias de internação.

**4.6.1.** Caso o Segurado Titular esteja cumprindo carência e, desde que a solicitação de inclusão ocorra no prazo acima, serão aproveitadas as carências já cumpridas pelo Segurado Titular, com isenção da Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

**4.7.** Fica também assegurada a inclusão do filho adotivo menor de 12 anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo segurado adotante, desde que a solicitação de inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção.

**4.8.** O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente poderá ser incluído no seguro, na condição de dependente, em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo segurado pai.

**4.9. Não será permitida a escolha de planos diferentes para um mesmo grupo familiar.**

## **5. CONDIÇÕES PARA EXCLUSÃO DOS COMPONENTES DO GRUPO SEGURADO**

**5.1.** A exclusão do Segurado Titular e de seus Segurados Dependentes, se houver, do Grupo Segurado dar-se-á a requerimento do Estipulante.

**5.2.** A exclusão de Segurados se dará por iniciativa própria da Seguradora nas seguintes hipóteses:

- a)** com a rescisão do Contrato de Seguro;
- b)** com a constatação de infrações ou suspeitas fundadas de fraudes (ou sua tentativa) praticadas pelo ou com a anuência do Segurado Titular ou qualquer de seus Segurados Dependentes;
- c)** com a constatação da omissão voluntária ou declaração falsa, por parte do Segurado ou de seus Dependentes, quando do preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde e Atividade para ingresso no seguro;
- d)** com a cessação do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante.

**5.3.** A perda da qualidade de Segurado Dependente ocorrerá quando cessar a condição de elegibilidade estabelecida na Cláusula Condições para Admissão dos Componentes do Grupo Segurável ou em um dos seguintes casos:

- a)** com a exclusão do Segurado Principal, excetuando-se os casos de falecimento em atividade, desde que elegíveis à Cobertura Adicional de Remissão por Morte do Segurado Principal, conforme as Condições Especiais;
- b)** com o cancelamento da Cláusula de inclusão de dependentes na apólice por solicitação do Estipulante e observado o aviso prévio de 30 (trinta) dias. **Caberá ao Estipulante fazer a comunicação deste fato aos componentes do Grupo Segurado.**
- c)** pelo casamento do Dependente filho(a) ou enteado(a).

**5.4.** Ocorrendo a exclusão do Segurado Principal e ou de seus dependentes do presente Contrato de Seguro, seja por que motivo for, o Estipulante obriga-se, por seus próprios meios, a recolher todos os cartões de identificação dos mesmos, de maneira que não haja qualquer utilização posterior do seguro, arquivando o protocolo de seus recolhimentos.

**5.5.** O Estipulante arcará com as despesas em caso de utilização de quaisquer serviços cobertos pelo Seguro, **acrescidas de taxa administrativa de 25% (vinte e cinco por cento)** por Segurado, cujo vínculo concreto com o Estipulante já tenha cessado, mesmo que esse fato tenha sido comunicado por escrito à Seguradora, e os documentos de identificação pessoal relativos ao Seguro tenham sido recolhidos e inutilizados no tempo previsto pelo Estipulante.

**5.6.** O **ESTIPULANTE** deverá enviar à **SEGURADORA**, por escrito, quando do comunicado de exclusão do Segurado Principal, as seguintes informações, a saber:

- a)** se o Segurado Principal foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b)** se o Segurado Principal aposentou-se e mesmo assim continuou trabalhando na empresa;
- c)** se o Segurado Principal contribuía para o pagamento do plano;
- d)** por quanto tempo o Segurado Principal contribuiu para o pagamento do plano;
- e)** se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Segurado Inativo ou se recusou a manter esta condição.

**5.7.** Além das informações acima elencadas o **ESTIPULANTE** também deverá enviar à **SEGURADORA**, quando do comunicado de exclusão do Segurado, os seguintes documentos:

- a) documento comprobatório de que** o ex-empregado optou por exercer o direito na manutenção como beneficiário no plano ou se optou por não se manter nesta condição (documento assinado pelo ex-empregado ou prova de que houve a comunicação nesse sentido);
- b)** baixa na carteira profissional;
- c)** última alteração do Contrato Social, no caso de sócios que se retirem da sociedade ou mesmo;

- d) ata de Assembleia, no caso da saída de dirigente de empresa S/A;
- e) outros documentos que se façam necessários, conforme solicitação da **SEGURADORA**.

**5.8. A exclusão do Segurado Principal só será aceita pela SEGURADORA mediante o envio das informações e documentos estabelecidos nesta cláusula.**

**5.9.** A ausência da comunicação inequívoca por parte do ESTIPULANTE, bem como a ausência de sua comprovação, acarretará para este:

- a) o pagamento do prêmio relativo ao segurado até a apresentação da comunicação em questão, e
- b) o ressarcimento de eventuais prejuízos, bem como perdas e danos que a SEGURADORA venha a sofrer, especialmente, mas não somente, as decorrentes de multas aplicadas pela ANS, nos termos das normas e legislação vigentes.**

**5.10.** É dever do Estipulante comunicar imediatamente à Seguradora qualquer alteração na situação de elegibilidade dos segurados do contrato.

## **6. IDENTIFICAÇÃO DOS SEGURADOS**

**6.1.** Estando aceitos e incluídos os Segurados, a Seguradora fornecerá o Cartão Individual de Identificação que conterá a identificação do plano de seguro contratado com prazo de validade idêntico ao da vigência da apólice, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegurará o acesso do Segurado aos serviços referenciados.

**6.2.** Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão de Identificação, o **ESTIPULANTE** deverá solicitar, por escrito, a emissão de segunda via.

**6.2.1.** Nas emissões de segunda via do Cartão de Identificação haverá cobrança conforme valores definidos pela Seguradora.

## **7. INÍCIO DE COBERTURA**

**7.1.** O Seguro dos componentes do Grupo Segurável, cuja inclusão seja solicitada até a data de início de vigência da apólice, começará a vigorar nesse dia, desde que aceito pela Seguradora.

**7.2.** Para os casos em que o Estipulante solicite a inclusão de um Proponente, participante do Grupo Segurável, dentro do prazo de 30 (trinta) dias previsto nestas Condições Gerais, a vigência do seguro para o referido Proponente inicia-se a partir do momento em que há a comunicação por parte do Estipulante, solicitando sua inclusão.

**7.3.** Para os dependentes que venham a se tornar seguráveis após o início da vigência da apólice, bem como aqueles Proponentes que ingressarem nos quadros do Estipulante após o início de vigência da apólice, será contado, respectivamente, o prazo de 30 (trinta) dias a partir da data de aquisição da condição de elegibilidade ou do referido ingresso.

**7.4.** A inclusão de componentes do Grupo Segurável não solicitada no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do início de vigência da apólice, da data do nascimento ou da aquisição da condição de elegibilidade ou da data de admissão nos quadros do Estipulante, terá sua vigência a partir do recebimento pela Seguradora da solicitação formal pelo Estipulante, condicionada ao cumprimento das carências, conforme Cláusula Prazos de Carências, e eventual cumprimento de Cobertura Parcial Temporária, conforme Cláusula Doenças e/ou Lesões Preexistentes.

**7.5.** Nos termos da legislação vigente, os Proponentes (Titulares, Dependentes e/ou Representantes Legais) deverão solicitar formalmente a sua inclusão no Grupo Segurável em até 30 (trinta) dias do início de vigência

do Contrato de Seguro Saúde ou de seu ingresso nos quadros do Estipulante, para estarem isentos de carência ou Cobertura Parcial Temporária.

## 8. ÍNDICE DE ADESÃO

**8.1. O contrato apenas adquirirá eficácia com a adesão ao seguro do número mínimo de componentes do grupo segurável, e a manutenção do contrato dependerá de um número mínimo de segurados, conforme tabela seguinte:**

NÚMERO DE COMPONENTES DO GRUPO SEGURADO		ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO	
DE	ATÉ	ACEITAÇÃO	MANUTENÇÃO DO GRUPO SEGURADO
02	29	100%	100%
30	99	100%	100%
100	200	100%	100%
201	300	100%	90%
301	500	90%	80%
501	3000	80%	70%
3001	5000	70%	60%
5001	Em diante	60%	50%

**8.1.1.** Se durante a vigência do contrato houver redução do número de vidas que altere a composição etária do grupo segurado, a seguradora poderá, a qualquer momento, repactuar o valor do prêmio, respeitado o período de 12 (doze) meses, de modo a preservar o equilíbrio técnico financeiro do contrato de seguro, podendo ainda, conforme o caso, vir a rescindir o contrato.

**8.1.1.1. As regras de encerramento do Contrato de Seguro serão efetivadas conforme cláusula Rescisão do Contrato de Seguro.**

## 9. DESPESAS COBERTAS

**9.1.** Com exceção das despesas previstas na Cláusula “Despesas Não Cobertas” e de acordo com a Cláusula “Despesas Cobertas Somente com Autorização Prévia”, respeitados os limites de cobertura do plano contratado estabelecidos, no Caderno de Características Específicas de cada plano), “Carências” e “Cobertura Parcial Temporária”, quando aplicáveis, as despesas do Segurado (Titular ou Dependente) cobertas por este Seguro são as que seguem:

### **9.2. Despesas com Internações Hospitalares para Tratamento Clínico, Cirúrgico e Maternidade:**

**A cobertura das despesas hospitalares dar-se-á de acordo com a natureza da moléstia ou com o porte da cirurgia, abrangendo:**

**a)** diárias de internação em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (apartamento ou Unidade de Terapia Intensiva - U.T.I. ou similar) do Segurado sem limite de dias e valor, bem como acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional em caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou referenciados pelo seguro;

**b)** despesas de acomodação e alimentação, fornecida pelo próprio hospital, exclusivamente para o paciente

Segurado, excetuando-se o previsto na alínea “o” desta Cláusula;

**c)** cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais comprovadamente utilizados, exceto aquelas taxas por serviços não relacionados ao tratamento do segurado;

**d)** cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados comprovadamente e desde que durante o período de internação hospitalar;

**e)** medicamentos e material cirúrgico comprovadamente utilizados exclusivamente durante o período de internação hospitalar, inclusive próteses internas ligadas ao ato cirúrgico, válvulas de qualquer natureza, enxertos vasculares e lentes intraoculares;

**f)** cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos;

**f1) cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos cobertos pelo seguro.**

**F2)** O médico assistente deverá justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA que atendam às características especificadas.

**g)** serviços gerais de enfermagem comprovadamente realizados;

**h)** demais procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, considerando suas respectivas atualizações, bem como as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde;

**i)** procedimentos diagnósticos e terapêutica em hemodinâmica;

**j)** procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

**l)** nutrição enteral ou parenteral;

**m)** embolizações e radiologia intervencionista;

**n) procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando estiverem previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, conforme alínea “g” desta Cláusula;**

**o)** cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;

**p)** cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação relativas ao acompanhante indicado pela segurada durante;

- pré-parto;

- parto; e,

- pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

**p1)** para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

**q)** cobertura de despesas de acomodação e alimentação de um acompanhante no caso de Segurados menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

**r)** acompanhamento clínico pós-operatório imediato, pós-operatório mediato e pós-operatório tardio.

**s)** cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais estabelecidos na legislação vigente, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

**t)** cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico, assim entendidos os atos que se impõem em função da necessidade do Segurado, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação;

**t1)** o cirurgião-dentista e o médico assistente deverão justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento, assumindo as responsabilidades pelos atos praticados;

**t2)** os procedimentos eletivos a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgião-dentista, visando a adequada segurança, a responsabilidade assistencial do paciente é do profissional que indicou o procedimento, conforme legislação vigente.

**u)** cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

### 9.3. Despesas com Honorários Médicos

As despesas com honorários médicos serão cobertas de acordo com a natureza do tratamento prestado e em conformidade com a especialidade do médico, inclusive anesthesiologista, observando-se as seguintes condições:

**a)** por evento, será aceita exclusivamente a cobrança de despesas com um médico assistente por especialidade, salvo em casos especiais, justificados por relatório do médico assistente principal. A mesma regra é aplicada aos honorários médicos de assistência pré e pós-operatório;

**b)** nos casos clínicos, onde houver mais de uma visita médica hospitalar por dia, será necessário relatório do médico assistente justificando tal necessidade.

### 9.4. Despesas com Serviços Ambulatoriais

O seguro garante as seguintes despesas com serviços ambulatoriais:

**a) consultas:** serão cobertas as despesas prestadas por médico em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, sem limite do número de consultas. Ficam garantidas, ainda, as consultas de emergência, considerando-se aqueles que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente, bem como de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

**b) planejamento familiar:** serão cobertas as despesas de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, conforme atos normativos da ANS e legislação vigentes.

**c) diagnose:** estarão cobertas as despesas com diagnose, desde que os serviços tenham sido prescritos pelo médico assistente;

**d) outros serviços ambulatoriais:** estarão cobertas as despesas com outros serviços ambulatoriais, entendidos como tal:

**d1)** cirurgias de pequeno porte sem necessidade de internação hospitalar;

**d2)** atendimentos em serviços de pronto-socorro (consultas de urgência e emergência, repouso para observação clínica, medicamentos e materiais cirúrgicos desde que comprovadamente utilizados);

**d3)** cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial.

**9.5.** Cobertura para medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com os limites legais de cobertura obrigatória e os requisitos previstos nas diretrizes de utilização das normas da ANS e legislação vigentes, respeitando-se, preferencialmente, as seguintes características:

**a)** medicamento genérico;

**b)** medicamento fracionado;

c) medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos.

## **9.6. Remoções**

**O seguro garante as despesas com as remoções de acordo com as condições abaixo elencadas, exclusivamente.**

**9.6.1.** Estão cobertas somente remoções inter-hospitalares do Segurado por via terrestre, exclusivamente em território nacional, desde que comprovadamente necessária e por recomendação médica, observando-se os limites de abrangência geográfica do contrato definida na Cláusula 1º, item Abrangência Geográfica do Caderno de Características Específicas de cada plano.

**9.6.2.** A Seguradora garantirá a cobertura de remoção, comprovadamente necessária, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente, observados os limites da abrangência geográfica definida na Cláusula 1ª, item “Abrangência Geográfica” do Caderno de Características Específicas de cada plano.

**9.6.3.** Nas situações em que houver necessidade comprovada de internação hospitalar após a cobertura ambulatorial (12 primeiras horas) prevista na Cláusula “Urgência e Emergência” destas Condições Gerais, fica garantida a remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que o Segurado esteja cumprindo período de carência para internação, conforme previsto na Cláusula Prazos de Carência.

**9.6.4.** Fica garantida, ainda, a remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados à Doenças e/ou Lesões Preexistentes, conforme previsto na Cláusula “Doenças e Lesões Preexistentes”.

**9.6.5.** Caberá, à Seguradora, o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente até seu registro em uma Unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

## **9.7. Despesas com Saúde Mental**

Com exceção das despesas previstas na Cláusula “Despesas Não Cobertas” e de acordo com a Cláusula “Despesas Cobertas Somente com Autorização Prévia”, respeitados os limites de cobertura da categoria do plano contratado (Cláusula 1ª, item 1.7 do Caderno de Características Específicas de cada plano), este Seguro garante a cobertura para assistência à saúde mental de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças conforme diretrizes indicadas pelas normas da ANS e legislação vigentes, com os seguintes critérios a serem observados:

**a) consultas:** não há limitação para consultas;

**b) atendimento ambulatorial:**

**b1)** sessões de psicoterapia, consulta/sessão com psicólogo e/ou com terapeuta ocupacional, limitadas ao número de sessões/consultas estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observados, ainda, os requisitos previstos nas diretrizes de utilização das normas da ANS e legislação vigentes.

**c) atendimento hospitalar:**

**c.1) hospital psiquiátrico: até 30 (trinta) dias de internação por ano de vigência do contrato**, não cumulativas, em hospital psiquiátrico, exclusivamente para portadores de transtornos psiquiátricos;

**c.1.1) haverá coparticipação do Segurado Principal ou Dependente em 50% (cinquenta por cento) das despesas médicas e hospitalares ocorridas a partir do trigésimo primeiro dia, conforme limitação prevista nesta Cláusula, dentro de um mesmo período anual de vigência do seguro;**

**c.2) hospital-dia:** regime de tratamento somente em hospital-dia psiquiátrico, exclusivamente para portadores

de transtornos psiquiátricos, observados os requisitos previstos nas diretrizes de utilização das normas da ANS e legislação vigentes.

**9.7.1. Haverá cobertura para internação hospitalar prestada aos portadores de transtornos mentais somente quando estiverem esgotados todos os recursos terapêuticos realizados em regime ambulatorial e/ou em consultórios, e desde que houver indicação por parte do médico assistente,** de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, considerando suas respectivas atualizações.

## **10. DESPESAS COBERTAS SOMENTE COM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA**

**10.1. Os procedimentos abaixo relacionados, decorrentes de riscos previstos e cobertos pelo Contrato, deverão ser previamente autorizados pela Seguradora.**

**10.1.1. Internações Hospitalares:** excetuando-se os casos de urgência e/ou emergência, todas as internações hospitalares deverão ser previamente autorizadas pela Seguradora.

**10.1.2.** Os procedimentos cobertos abaixo relacionados somente serão autorizados se, após análise da Seguradora, for concluído pela sua pertinência e necessidade mediante análise prévia de documentos conforme o caso, como a seguir:

**a) casos cirúrgicos:** relatório do médico cirurgião indicando e justificando a cirurgia proposta, bem como resultados dos exames que comprovem a patologia;

**b) casos clínicos:** relatório do médico assistente indicando diagnóstico e prognóstico e resultados dos exames que comprovem a patologia;

**c) casos obstétricos:** relatório do médico assistente indicando o tipo de parto programado e a data provável;

**d) cirurgias plásticas reparadoras de órgãos e funções:** relatório do médico assistente indicando a cirurgia proposta, comprovando o seu caráter reparador mediante apresentação de relatório do cirurgião plástico com a descrição da lesão. Nos casos em que a comprovação médica envolver patologias de outras especialidades, a liberação do procedimento será condicionada à apresentação do relatório do médico especialista, indicando e comprovando a necessidade da cirurgia proposta, acompanhado dos resultados dos exames que comprovem a existência da patologia que deu origem a lesão que se pretende reparar;

**e) cirurgias plásticas reconstrutivas de mama, utilizando-se os meios e técnicas necessárias para o tratamento de câncer:** relatório do cirurgião plástico indicando a cirurgia proposta com a descrição da lesão e comprovação de seu caráter reparador. Nos casos em que a comprovação médica envolver patologias de outras especialidades, a liberação do procedimento será condicionada à apresentação do relatório do médico especialista, indicando e comprovando a necessidade da cirurgia proposta, acompanhado dos resultados dos exames que comprovem a existência da patologia que deu origem a lesão que se pretende reparar;

**f) cirurgias odontológicas exclusivamente de caráter buco-maxilo-facial que necessitem de internação hospitalar:** relatório do cirurgião habilitado pelo seu Conselho de Classe indicando e justificando a cirurgia proposta, bem como resultados dos exames que comprovem a patologia;

**g) laqueadura tubária e/ou laparoscópica e/ou vasectomia -** relatório do médico cirurgião indicando e justificando a cirurgia proposta, em conformidade com os pré-requisitos previstos na legislação vigente;

**h) tratamento cirúrgico de obesidade mórbida para segurados com idade entre 18 (dezoito) e 65 (sessenta e cinco) anos:** relatório do médico cirurgião indicando e justificando a cirurgia proposta, bem como resultados dos exames que comprovem a patologia, e desde que observados os limites de cobertura obrigatória e os requisitos previstos nas diretrizes de utilização das normas da ANS e legislação vigentes.

**i) cirurgia refrativa:** relatório do médico cirurgião indicando e justificando a cirurgia proposta, bem como resultados dos exames que comprovem a patologia, e desde que observados os limites de cobertura obrigatória e os requisitos previstos nas diretrizes de utilização das normas da ANS e legislação vigentes.

**j) transplante renal e/ou de córnea:** relatório do médico cirurgião indicando e comprovando a necessidade

do transplante proposto, bem como resultados dos exames que comprovem a patologia e informações sobre a evolução dos tratamentos clínicos até então realizados:

**j1)** despesas assistenciais com doadores vivos, incluindo exclusivamente os medicamentos utilizados durante a internação e o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio;

**j2)** despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS;

**j3)** acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto medicação preventiva à rejeição do transplante;

**j4)** o Segurado candidato a transplante renal e/ou de córnea proveniente de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO's e estará sujeito ao critério de fila única de espera de seleção;

**k) transplante autólogo e alogênico de medula óssea, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde:** mediante apresentação do relatório do médico cirurgião indicando e comprovando a sua necessidade, bem como resultados dos exames que comprovem a patologia e informações sobre a evolução dos tratamentos clínicos até então realizados, e desde que observados os limites de cobertura obrigatória e os requisitos previstos nas diretrizes de utilização das normas da ANS e legislação vigente;

**l) próteses, órteses e seus acessórios:** relatório do médico cirurgião indicando e justificando o procedimento proposto e os materiais a serem utilizados, desde que sua colocação ou remoção sejam realizadas exclusivamente por meio de ato cirúrgico, bem como sejam devidamente registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, observando-se o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, considerando suas respectivas atualizações;

**m) fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina:** relatório do médico assistente em que obrigatoriamente conste a doença de base que levou à confecção do estoma; tipo de cirurgia realizada; permanência do estoma: temporário, definitivo ou indeterminado; tipo da estomia: alça, terminal, duas bocas ou outras; localização da região abdominal e do sistema digestório ou urinário: íleo, cólon ascendente, transversal, descendente, sigmóide e/ou derivações urinárias; data da realização do procedimento cirúrgico; quadro clínico atual; definição dos equipamentos necessários, e desde que observados os limites de cobertura obrigatória e os requisitos previstos nas diretrizes de utilização das normas da ANS e legislação vigente;

**m1)** a relação dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, conforme limites de cobertura obrigatória e os requisitos previstos nas diretrizes de utilização das normas da ANS e legislação vigente;

**m2)** o fornecimento de equipamentos e materiais relativos ao item “m”, deverá obedecer à condição prevista na cláusula “Despesas Cobertas”, destas Condições Gerais.

## 10.2. Serviços Ambulatoriais

**10.2.1. Todos os Serviços Ambulatoriais necessitam de autorização prévia desta Seguradora, incluindo os de diagnose, e somente serão autorizados se, após análise da Seguradora, for concluído pela sua pertinência e necessidade, mediante análise prévia de documentos conforme o caso, exceto:**

- a) os casos de urgência e/ou emergência;
- b) diagnose/exame de análises clínicas (Laboratórios);
- c) exame de audiometria;
- d) exame de eletrocardiograma;
- e) exame de eletroencefalograma convencional;
- f) exame de raio-x;
- g) exame de ultrassonografia, exceto com Doppler e morfológico fetal;
- h) exames pré-anestésicos.

**10.2.1.1. Nos casos de vasectomia, é necessário relatório do médico cirurgião indicando e justificando**

**a cirurgia proposta, de forma que sejam atendidos aos pré-requisitos previstos na legislação vigente.**

**10.2.1.2. Nos casos de colocação e retirada de DIU convencional, é necessário relatório do médico assistente indicando e justificando o procedimento proposto.**

**10.2.2.** Em caso de exames efetuados em Segurados internados ou em casos de urgência ou emergência, a autorização prévia poderá ser substituída por relatório clínico justificando a sua necessidade.

**10.3. Terapia:** estarão cobertas as despesas com as terapias abaixo relacionadas, desde que previamente autorizadas pela Seguradora, e somente serão autorizados se, após análise da Seguradora, for concluído pela sua pertinência e necessidade, mediante análise prévia de documentos conforme o caso, como a seguir:

**a) acupuntura:** apresentar relatório médico justificativo a cada 10 (dez) sessões, a partir da 11<sup>a</sup>. (décima primeira) sessão;

**b) diálise peritoneal – CAPD e hemodiálise em paciente agudo ou crônico:** relatório do médico assistente indicando e justificando o procedimento proposto;

**c) exercícios físicos para reabilitação cardiológica em clínicas especializadas, quando não estiver configurada mera situação de tentativa de condicionamento físico:** relatório do médico assistente indicando e justificando o procedimento proposto;

**d) exercícios ortópticos e/ou pleópticos:** relatório do médico assistente indicando e justificando o procedimento proposto;

**e) fisioterapia:** apresentar relatório médico justificativo a cada 10 (dez) sessões, solicitando autorização a partir da 21<sup>a</sup> (vigésima primeira) sessão;

**f) fonoaudiologia:** mediante solicitação do médico assistente e autorização prévia a partir da 1<sup>a</sup> (primeira) sessão, limitado ao número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observados, ainda, os requisitos previstos nas diretrizes de utilização das normas da ANS e legislação vigentes. A cada 8 sessões será necessário relatório do profissional fonoaudiólogo;

**g) hemoterapia ambulatorial ou em regime de internação:** relatório do médico assistente indicando e justificando o procedimento proposto;

**h) litotripsias:** relatório do médico assistente indicando e justificando o procedimento proposto;

**i) nutricionista:** mediante solicitação do médico assistente e autorização prévia a partir da 1<sup>a</sup> (primeira) sessão, limitado ao número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observados, ainda, os requisitos previstos nas diretrizes de utilização das normas da ANS e legislação vigentes. Nas demais sessões será necessário relatório do profissional nutricionista;

**j) oxigenioterapia hiperbárica:** relatório do médico assistente indicando e justificando o procedimento proposto e observando-se os limites estabelecidos nas diretrizes de utilização previstas nos normativos da ANS e legislação vigentes;

**k) psicoterapia:** apresentar relatório médico inicial prescrito pelo médico assistente a partir da 1<sup>a</sup> (primeira) sessão, e a cada 10 (dez) sessões apresentar relatório médico justificativo;

**l) quimioterapia realizada em regime ambulatorial e de internação, bem como as intratecais:** relatório do médico assistente indicando e justificando o procedimento proposto;

**m) radioterapia:** relatório do médico assistente indicando e justificando o procedimento proposto;

**n) terapia ocupacional** mediante solicitação do médico assistente e autorização prévia a partir da 1<sup>o</sup> (primeira) sessão, limitado ao número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observados, ainda, os requisitos previstos nas diretrizes de utilização das normas da ANS e legislação vigentes. Nas demais sessões será necessário relatório do profissional terapeuta.

**10.3.1.** Para todas as terapias previstas nesta Cláusula, além do relatório médico justificativo, será necessário apresentar o pedido com a indicação médica e relatório evolutivo.

**10.3.2.** Além dos documentos previstos nesta Cláusula para cada terapia coberta, a solicitação de autorização prévia para tratamentos deverá estar obrigatoriamente acompanhada dos seguintes documentos:

- a) requisição ou prescrição de médico especialista na área onde conste o tratamento proposto e o diagnóstico ou dados clínicos que justifiquem o procedimento;
- b) relatório do médico ou do profissional paramédico que irá executar o tratamento proposto, com sua avaliação e a respectiva programação sobre o número de sessões semanais e o período aproximado do tratamento.

**10.4. As autorizações para os procedimentos que necessitem de autorização prévia da Seguradora serão concedidas segundo os prazos previstos na legislação vigente, caso a documentação apresentada pelo segurado esteja de acordo. Sendo necessárias informações complementares, a Seguradora emitirá comunicado, nos mesmos prazos, solicitando tais informações e/ou eventuais documentos necessários, tudo visando dar prosseguimento à sua liberação. Os procedimentos decorrentes de urgência serão autorizados em prazo inferior, conforme prevê a legislação vigente.**

**10.5. Nos casos de Internação Hospitalar previstas nestas Condições Gerais, decorrentes de urgência e/ou emergência, a autorização deverá ser solicitada à Seguradora, com a maior brevidade possível, para regularização do processo, evitando-se assim que o ônus das despesas decorrentes seja de responsabilidade do Segurado.**

**10.6.** Fica estabelecido que os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, pertencente ou não à rede referenciada do plano contratado.

## **11. DESPESAS NÃO COBERTAS**

**11.1. As despesas que excederem os limites de cobertura e os níveis de reembolso do Seguro da categoria do plano contratado, ou que não se relacionem com o tratamento médico-hospitalar previstos no Seguro correrão, sempre, por conta exclusiva do Segurado, que as pagará diretamente ao prestador do atendimento.**

**11.2. Estão excluídas da cobertura do Seguro, havendo ou não internação hospitalar, as despesas decorrentes de qualquer um dos itens a seguir relacionados:**

- a) procedimentos não constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, considerando suas respectivas atualizações;
- b) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, como sendo aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label);
- c) quaisquer cirurgias, tratamentos e/ou exames:
  - com finalidade estética e/ou de embelezamento;
  - contrários à ética médica ou de natureza experimental;
  - para inseminação artificial;
  - para mudança de sexo;
  - para obesidade, que não atendam aos requisitos estabelecidos nas normas e legislação vigentes;
- d) tratamentos em clínicas de rejuvenescimento ou de emagrecimento (a exceção do tratamento da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos

- e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- e) aquisição ou aluguel de equipamentos hospitalares ou similares;
- f) enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar, mesmo que o caso exija cuidados especiais, inclusive nas emergências;
- g) assistência domiciliar (Home Care);
- h) aparelhos para complementação de função, tais como: lentes de contato, aparelhos de surdez, imobilizadores removíveis e similares;
- i) medicamentos para tratamento domiciliar, exceto aqueles medicamentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitados os limites estabelecidos nas Diretrizes de Utilização da ANS, nos termos da legislação vigente;
- j) medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;
- k) medicamento importado e não nacionalizado, assim entendido como sendo aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- l) tratamentos odontológicos;
- m) vacinas;
- n) procedimentos resultantes de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- o) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- p) despesas de acompanhantes de Segurados maiores de 18 (dezoito anos), durante a internação hospitalar, excetuando-se acompanhante indicado pela Seguradora para acompanhar o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e acompanhante para Segurados idosos e portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- q) remoções para consultas e/ou exames, excetuando-se os casos que sejam previamente autorizados pela Seguradora, ficando resguardadas as coberturas previstas na Cláusula “Despesas Cobertas – Remoções”;
- r) transplantes, com exceção de rins, córneas e autólogos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- r1) internações em leito de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) após realização de transplantes não cobertos, por não serem considerados tratamentos decorrentes de complicações, mas sim parte integrante do procedimento inicial;
- s) cirurgias refrativas que não atendam aos requisitos estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- t) todos os procedimentos médicos, ambulatoriais, internações hospitalares, remoções e serviços de assistência à saúde mental que não sejam diretamente decorrentes de eventos cobertos por este Contrato, e que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações;
- u) próteses, órteses e seus acessórios com finalidade estética e ou cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- v) consultas, tratamentos ou terapias domiciliares;
- x) todos os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, que não estejam previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- y) realização de exames clínicos e laboratoriais relacionados ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), Qualidade de Vida e Check-up;
- z) RPG – Reeducação Postural Global;
- aa) honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, por imperativo clínico, são realizados em ambiente hospitalar.

## **12. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA**

**12.1.** As divergências e dúvidas de natureza médica sobre as coberturas e exclusões de coberturas previstas no contrato serão dirimidas por junta médica constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelos dois nomeados. A constituição da junta médica poderá ser solicitada pela Seguradora e/ou pelo Segurado.

**12.2.** O profissional nomeado pelo Segurado poderá recusar até três nomes indicados para desempatador. Na hipótese de ocorrerem as três recusas, a junta médica será composta pelo quarto profissional indicado pela Seguradora que atuará na qualidade de terceiro desempatador.

**12.3.** Cada uma das partes pagará os honorários do médico que designar, correndo à conta da Seguradora os honorários devidos ao desempatador.

**12.4.** Quando a junta concluir pela não indicação de realização de procedimento, tal resultado não configurará negativa de cobertura.

**12.5.** Na hipótese de ajuizamento de qualquer ação judicial, antes da finalização dos trabalhos da junta médica, independentemente da posterior resolução das divergências e dirimição das dúvidas, o Estipulante será a responsável por todos os custos e despesas relativas ao processo, nos termos da destas Condições.

## **13. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**13.1.** Estarão cobertas as seguintes despesas com os atendimentos de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, bem como os de emergência, assim entendidos os que implicarem em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis à saúde do Segurado, comprovados por declaração do médico assistente de modo que seja garantida a preservação da vida, órgãos e funções.

**13.1.1.** Nos atendimentos de urgência e emergência decorrentes de acidente pessoal, será garantido o atendimento sem restrições desde que decorridas 24 (vinte e quatro) horas da inclusão do Segurado no Contrato.

**13.1.2.** Para os casos de urgência e emergência não resultantes de acidente pessoal, assim entendidos os procedimentos médicos indispensáveis à solução do evento, estando o Segurado em carência para o procedimento a ser realizado, ou acordo para Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta complexidade e procedimentos de alta complexidade relacionados a doenças e lesões preexistentes, haverá cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas.

**13.1.3.** Após esse prazo, a Seguradora se responsabilizará pelas despesas de remoção do Segurado para recurso hospitalar mais próximo que o atenda às expensas do SUS, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, em território brasileiro. Na impossibilidade de remoção, devido a risco de morte, ou na hipótese de o Segurado ou seu representante legal optar pela continuidade de atendimento em unidade que não seja vinculada ao SUS, o próprio Segurado, ou seu responsável, deverá negociar as bases do atendimento diretamente com o prestador do serviço, ficando esta Seguradora isenta de qualquer ônus ou responsabilidade pelos custos da prestação dos serviços.

**13.1.4.** Em caso de atendimento de urgência e emergência decorrente do processo gestacional, em que a Segurada encontre-se em carência, haverá cobertura ambulatorial limitada às 12 (doze) primeiras horas, conforme estabelecido nestas Condições Gerais.

**13.2. Nos casos de urgência e ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços pela rede referenciada, dentro da área geográfica de abrangência do plano contratado, é garantido o reembolso ao Segurado, observando-se os limites de cobertura estabelecidos na Cláusula 1º, item 1.7 (Limites de Cobertura do Plano do caderno de características específicas de cada plano).**

**13.2.1. O reembolso ao Segurado não será efetuado em valor inferior ao praticado na rede referenciada, o qual será efetuado no prazo estabelecido na Cláusula “Regime de Prestação de Serviços”, destas Condições Gerais.**

**13.3. Nos casos em que a atenção à saúde não seja caracterizada como risco de morte ou de lesões irreparáveis, decorrentes de período de carência ou acordo para Cobertura Parcial Temporária (CPT), conforme dispõe a Cláusula “Doenças e/ou Lesões Preexistentes” destas Condições Gerais, a Seguradora estará desobrigada de prestar cobertura ao Segurado.**

## **14. REGIME DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

**14.1.** Caberá ao Segurado Titular ou Dependente a livre escolha de médicos, hospitais, clínicas, laboratórios e outros prestadores de assistência à saúde, desde que legalmente habilitados. **A Seguradora efetuará o devido reembolso ao Segurado em até 30 (trinta) dias a contar da data da apresentação à Seguradora** de todos os comprovantes das despesas, devidamente discriminadas, bem como relatório do médico assistente, laudos comprobatórios e exames realizados, caso solicitado pela Seguradora.

**14.1.1.** Para fins de reembolso, apenas documentos originais serão aceitos, devidamente quitados, desde que apresentados no prazo limite de 01 (um) ano a contar da data do pagamento realizado, obedecido o prazo prescricional previsto no Código Civil Brasileiro.

**14.1.2.** O reembolso ao Segurado será efetuado levando-se em conta a base de cálculo dos valores constantes nas Tabelas de Serviços Hospitalares e Honorários Médicos da Seguradora, vigentes na data em que as despesas tenham efetivamente ocorrido, observados os limites de cobertura da categoria do plano contratado.

**14.1.3.** Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente, não havendo restrição aos não pertencentes à rede referenciada.

**14.2.** Como opção, a Seguradora manterá uma rede referenciada de prestadores de serviços médicos, hospitalares e laboratoriais, cuja utilização será facultada aos Segurados de acordo com a categoria do plano contratado. Neste caso, o pagamento das despesas realizadas com eventos cobertos será efetuado pela Seguradora diretamente à pessoa física ou jurídica prestadora dos serviços por conta e ordem do Segurado.

**14.3.** Os prestadores de serviços médicos, hospitalares e laboratoriais terão seus nomes, endereços e especialidades relacionados no Manual da Rede Referenciada, a qual será divulgada também por meio telefônico e/ou eletrônico, cabendo aos Segurados a exclusiva responsabilidade pela escolha dentre os diversos prestadores referenciados. O Manual da Rede Referenciada não implica sugestão, incentivo ou recomendação de qualquer prestador por parte da Seguradora.

**14.3.1.** A Seguradora não tem vínculo gerencial, administrativo ou societário com os prestadores de serviços médicos, hospitalares e laboratoriais, podendo, assim, o Manual da Rede Referenciada sofrer alterações.

**14.4.** É facultado à Seguradora substituir médicos, laboratórios e estabelecimentos hospitalares referenciados desde que por outros equivalentes. As informações constarão do portal da Seguradora em [www.sompo.com.br](http://www.sompo.com.br).

**14.4.1. No caso de substituição de estabelecimentos hospitalares referenciados, a Seguradora**

**comunicará aos Segurados e à ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, dentro de um prazo mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência.**

**14.4.2. Nos casos de rescisão por fraude ou infração às normas sanitárias e fiscais em vigor, é facultado à Seguradora substituir médicos e laboratórios referenciados a qualquer momento, comunicando-se aos Segurados dentro de um prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência.**

**14.4.3. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar referenciado por infração às normas sanitárias em vigor durante o período de internação, a Seguradora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata do Segurado, garantindo assim a continuidade da assistência em outro estabelecimento hospitalar, sem ônus adicional para o Segurado, desde que tal procedimento não lhe ofereça risco de morte.**

**14.5.** Na hipótese da substituição do prestador de serviços da rede referenciada ocorrer por vontade exclusiva da Seguradora durante o período de internação do Segurado, esta se compromete a continuar efetuando o pagamento das despesas ao prestador até a alta hospitalar a critério médico, na forma do presente contrato.

**14.5.1.** É facultada a redução por redimensionamento da rede referenciada hospitalar pela Seguradora, mediante expressa autorização por parte da ANS e comunicação aos Segurados.

**14.6. As despesas que excedam aos limites de cobertura da categoria do plano contratado e as despesas com eventos não cobertos correrão sempre por conta exclusiva do Segurado.**

## **15. PRAZOS DE CARÊNCIA**

**15.1** Nos termos da legislação vigente, aos contratos com até 29 (vinte e nove) segurados é passível a aplicação de carências, conforme prazos estabelecidos nesta Cláusula.

**15.1.1** Aos contratos com 30 (trinta) ou mais segurados, não haverá aplicação de carência para os Proponentes (Titulares, Dependentes e/ou Representantes Legais) que solicitarem formalmente a sua inclusão no Grupo Segurável em até 30 (trinta) dias do início de vigência do Contrato ou de seu ingresso nos quadros do Estipulante, nos termos destas Condições Gerais e da legislação vigente.

**15.2. Os proponentes que vierem solicitar sua inclusão ou de seus dependentes ao grupo segurável em prazo superior a 30 (trinta) dias, a contar da celebração do contrato ou de sua vinculação ao Estipulante, ou do momento em que adquirido o vínculo de dependência com o Segurado Principal, estarão sujeitos ao cumprimento de carências, cujos prazos serão contados a partir da data de adesão do Segurado Principal e/ou Segurado Dependente, conforme definido nestas Condições Gerais.**

**15.2.1.** As carências serão aplicadas da seguinte forma:

**a) Isento:** para consultas, exames de radiologia, radio-imuno-ensaio, análises clínicas, anatomia patológica, citopatologia, eletrocardiograma e eletroencefalograma em regime ambulatorial, fisioterapia e inaloterapia em regime ambulatorial e atendimentos ambulatoriais em prontos-socorros;

**b) 180 (cento e oitenta) dias** para ultrassonografia, mapeamentos, ergometria, hemoterapia, cirurgias de pequeno porte realizadas em regime ambulatorial;

**c) 180 (cento e oitenta) dias** para os demais serviços ambulatoriais de diagnose e terapia, não previstos nas alíneas “a” e “b”;

**d) 180 (cento e oitenta) dias** para internações clínicas ou cirúrgicas, procedimentos que necessitem de internação em U.T.I. e aqueles procedimentos considerados de alta complexidade (PAC) definidos pela ANS;

e) 300 (trezentos) dias para partos a termo.

**f) 180 (cento e oitenta) dias** para internações decorrentes de quaisquer transtornos psiquiátricos, inclusive

aquelas decorrentes de uso de substâncias químicas;

**g) 24 (vinte e quatro) horas** para os atendimentos de urgência e/ou emergência decorrentes de acidente pessoal. O prazo de carência será contado da data de adesão ou inclusão do Segurado ao Seguro, observando-se o disposto na Cláusula “Urgência e Emergência”;

**15.3.** A transferência do Segurado para o plano imediatamente superior somente poderá ocorrer na data de aniversário do contrato, quando solicitada formalmente pelo Estipulante com antecedência de 30 (trinta) dias para análise e aceitação, ou não.

**15.3.1.** Eventual solicitação de transferência do Seguro, para plano de cobertura imediatamente inferior contratado pela Estipulante, dependerá de autorização da Seguradora, desde que seja efetuada no aniversário do contrato e tenha transcorrido pelo menos 12 (doze) meses da última alteração de plano no seguro a ser alterado.

**15.3.2.** Na mudança de categoria de plano, os Segurados Dependentes incluídos no Seguro deverão sempre seguir o mesmo plano do Segurado Principal.

**15.3.3. A transferência de categoria de plano somente será admitida para outra categoria que esteja dentre aquelas originalmente contratadas pelo Estipulante, não sendo possível a transferência para qualquer outra.**

**15.4.** Qualquer solicitação de transferência de categoria de plano deverá ser feita por escrito à Seguradora no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes da renovação do Seguro.

**15.5.** Excepcionalmente, a Seguradora poderá aceitar, a qualquer época e com isenção de carência, a transferência de categoria de plano para caso de o Segurado Principal ter sido promovido dentro da hierarquia funcional do Estipulante, sendo que a promoção deverá ser documentalmente comprovada, dentro do prazo de 30 (trinta) dias de sua ocorrência, observando-se, ainda, a condição em que os demais Segurados Principais, de igual cargo e ou função, estejam segurados na categoria do plano para o qual se pretenda a transferência. O Estipulante deverá comunicar à Seguradora, no início de vigência da apólice e sempre que houver alteração, a política de benefícios adotada para a equivalência de cargo e ou função e categoria de plano compatível.

**15.6.** O(s) filho(s) natural(is) e/ou adotivo(s) do Segurado Principal, menor(es) de 12 (doze) anos, terá(ão) aproveitadas as carências cumpridas pelo Segurado Principal, desde que a sua inclusão tenha sido solicitada por escrito, e a documentação comprobatória tenha sido apresentada em até 30 (trinta) dias a contar da data da celebração do Contrato, ou da data da vinculação do Segurado Principal ao Estipulante, ou da data do nascimento do filho, ou da data de sua adoção.

**15.6.1.** O(s) filho(s) natural(is) e/ou adotivo(s) do Segurado Principal, menor(es) de 12 (doze) anos, que tiver(em) sua inclusão solicitada após o prazo de 30 (trinta) dias indicado nestas Condições Gerais, **deverá(ão) cumprir** todos os prazos de carências previstos nesta Cláusula.

**15.6.2.** O(s) filho(s) natural(is) e/ou adotivo(s) do Segurado Principal, menor(es) de 12 (doze) anos, **não cumprirá(ão)** o período da Cobertura Parcial Temporária nos casos de Doenças e/ou Lesões Preexistentes, desde que a documentação comprobatória tenha sido apresentada em até 30 (trinta) dias a contar da data da celebração do Contrato, ou da data da vinculação do Segurado Titular à Estipulante, ou da data do nascimento do filho, ou da data de sua adoção.

**15.6.3.** O(s) filho(s) natural(is) e/ou adotivo(s) do Segurado Principal, menor(es) de 12 (doze) anos, que

apresentar(em) a documentação comprobatória de Doenças e/ou Lesões Preexistentes após o prazo de 30 (trinta) dias indicado nestas Condições Gerais, **deverá(ão) cumprir** o período da Cobertura Parcial Temporária previsto na Cláusula “Doenças e/ou Lesões Preexistentes”.

## **16. DOENÇAS E/OU LESÕES PREEXISTENTES**

16.1 Nos termos da legislação vigente, aos contratos com até 29 (vinte e nove) segurados é passível a aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de doenças e/ou lesão preexistentes.

**16.1.1. Os proponentes que vierem solicitar sua inclusão ou de seus dependentes ao grupo segurável em prazo superior a 30 (trinta) dias, a contar da celebração do contrato ou de sua vinculação ao Estipulante, ou do momento em que adquirido o vínculo de dependência com o Segurado Principal, deverão preencher Declaração de Saúde e, caso apresentem indicação de alguma patologia, moléstia ou lesão que saibam ser portadores no momento da contratação ou adesão ao Seguro, estarão sujeitos à Cobertura Parcial Temporária.**

**16.1.2.** Entende-se como **Cobertura Parcial Temporária - (CPT)** aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses a partir do início de vigência do seguro, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade - PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos tal como previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecidos pela ANS, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo Segurado ou seu Representante Legal.

**16.2.** Nos casos em que seja declarada e constatada a Doença e ou Lesão Preexistente – DLP, a Seguradora **poderá, a seu critério**, oferecer ao Segurado Principal e ou seu Segurado Dependente, a opção do Agravo do Seguro ao invés da Cobertura Parcial Temporária.

**16.3. Considera-se Agravo** qualquer acréscimo no valor do prêmio mensal do Seguro para que o Segurado Principal e ou Segurado Dependente tenham direito integral à cobertura contratada para a Doença e ou Lesão Preexistente declarada, após os prazos de carências previstos nestas Condições Gerais.

**16.4.** Os Segurados Principais e os Segurados Dependentes, assim também os Representantes Legais, de uns e de outros, poderão escolher um médico pertencente à rede referenciada da Seguradora para orientar no preenchimento da Declaração de Saúde, sem qualquer ônus, ou optar por um profissional de sua livre escolha, assumindo o ônus financeiro desta opção.

**16.5.** Caso os Segurados Principais e os Segurados Dependentes realizem exame ou perícia médica para análise de suas admissões no Seguro, fica vedada a alegação de omissão de informação de Doença e ou Lesão Preexistente – DLP pela Seguradora, em observância à legislação vigente.

**16.6.** No momento da adesão ao Seguro os Segurados Principais e os Segurados Dependentes, assim também os Representantes Legais, de uns e de outros, deverão informar à Seguradora, por meio de Declaração Pessoal de Saúde, o conhecimento de Doença e ou Lesão Preexistente - DLP, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeitos à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme prevê a legislação vigente.

**16.7.** Identificado indício de fraude pela omissão de informações sobre a existência de Doença e ou Lesão Preexistentes quando do preenchimento da Declaração de Saúde para a contratação do Seguro, a Seguradora deverá, através de Termo de Comunicação, comunicar imediatamente a alegação de omissão de informações ao Segurado e poderá:

**a)** oferecer **Cobertura Parcial Temporária** ao Segurado pelos meses restantes, a partir da data de recebimento, pelo Segurado, do Termo de Comunicação até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da

adesão ou inclusão do Segurado ao contrato; ou,

**b)** oferecer o Agravo; ou,

**c)** solicitar junto à ANS a abertura de processo administrativo para apuração de fraude quando da identificação de seu indício, ou após a recusa do segurado à Cobertura Parcial Temporária ou Agravo oferecidos.

**16.7.1.** Até que haja o julgamento do processo administrativo instaurado junto à ANS, não haverá suspensão de cobertura do Seguro.

**16.8.** Sendo constatada, pela ANS, a fraude quanto à omissão da existência de Doença e ou Lesão Preexistentes não declaradas quando do preenchimento da Declaração de Saúde na contratação do Seguro, por meio de processo administrativo instaurado, a Seguradora cobrará do Segurado Principal todas as despesas suportadas pelo atendimento não devido em razão da Doença e ou Lesão Preexistentes, sem prejuízo do disposto na Cláusula Rescisão do Seguro.

**16.9.** Caso seja constatada a omissão de existência de Doença e ou Lesão Preexistentes não declaradas quando do preenchimento da Declaração de Saúde na contratação do Seguro, depois de decorrido o prazo de 24 (vinte e quatro) meses contados da data da adesão ao Seguro, nenhuma pena será imputada ao segurado.

## **17– DO CUSTEIO DO SEGURO**

**17.1.** O custeio do Seguro será na forma de pré-pagamento.

**17.2.** O seguro poderá ser **Não Contributário**, caso em que os Segurados não contribuem com o pagamento do prêmio, suportado integralmente pelo Estipulante; ou **Contributário**, caso em que os segurados contribuem para o pagamento do prêmio, total ou parcialmente.

**17.3.** Não haverá cobrança de prêmios pro rata. Os prêmios serão cobrados integralmente, independentemente do período de cobertura dos segurados.

## **18. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS MENSAIS**

**18.1.** Os prêmios mensais serão de responsabilidade exclusiva do Estipulante, acrescidos de I.O.F. (Imposto sobre Operações Financeiras) vigente na data de pagamento, exceto nas hipóteses de segurados inativos, nos termos da legislação vigente, cujos prêmios mensais serão suportados pelos próprios segurados, também acrescidos do referido tributo.

**18.1.1.** Os prêmios mensais deverão ser pagos nos estabelecimentos bancários ou em outros locais indicados pela Seguradora até a data de seu vencimento, que ocorrerá sempre no dia 10 (dez) do mês de competência.

**18.1.2.** Quando a data de vencimento do prêmio ocorrer em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

**18.2.** Os acertos referentes a qualquer divergência na quantidade de Segurados, considerando-se cada categoria de plano ou o Grupo Segurado de forma global, constatados após a emissão da fatura mensal serão efetuados no faturamento mensal imediatamente subsequente, não constituindo, portanto, motivo ou justificativa para o atraso do pagamento do respectivo prêmio mensal.

**18.3.** Em caso de dúvida quanto ao pagamento de determinado prêmio, poderá ser exigido do Estipulante o comprovante autenticado pelo estabelecimento bancário. O Estipulante poderá ainda comprovar a efetivação do pagamento dos prêmios mensais através de documentos referentes a crédito em conta corrente da

Seguradora, via sistema eletrônico ou outros mecanismos disponibilizados pela rede bancária, **desde que a Seguradora seja comunicada**, a fim de confirmar o pagamento efetuado, baixa do pagamento e envio de comprovação de quitação ao Estipulante.

**18.4.** Sobre o prêmio mensal pago após a data de seu vencimento incidirá multa de 2% (dois por cento), sendo computados juros de mora pro rata die e aplicada a variação monetária prevista no Índice de Preço Consumidor, publicado pela FIPE (IPC-FIPE), ou outro indicador oficial que venha a substituí-lo, proporcional ao período de atraso verificado entre a data do vencimento e a do efetivo pagamento.

**18.5 O atraso no pagamento do prêmio mensal em mais de 02 (dois) dias, contados da data de vencimento, implica na suspensão automática das coberturas objeto deste contrato, independentemente de notificação prévia. As coberturas somente serão restabelecidas após a confirmação do recebimento, pela Seguradora, de todos os prêmios em atraso devidamente corrigidos. Todas as despesas realizadas pelos componentes do Grupo Segurado durante o período de suspensão da cobertura serão de exclusiva responsabilidade do Estipulante.**

**18.5.1.** A suspensão de que trata o subitem acima só não ocorrerá durante o período de internação do Segurado, hipótese em que a Seguradora continuará a prestar os serviços de internação e, posteriormente, cobrará as referidas despesas do Estipulante. Tais despesas somente não serão cobradas caso haja o pagamento em atraso, devidamente corrigido, no prazo máximo de atraso estipulado na Cláusula acima descrita.

**18.6. O direito às coberturas objeto do Seguro será readquirido a partir de zero hora do dia imediatamente subsequente àquele em que todos os prêmios mensais em atraso tenham sido pagos, respeitado o disposto na Cláusula 18.8.**

**18.7 O não pagamento do prêmio por período superior a 30 (trinta) dias ensejará o direito à rescisão unilateral do Seguro, pela Seguradora, independentemente de notificação prévia.**

**18.8. O pagamento do prêmio mensal não gera a quitação de prêmios anteriores, nem dá aos Segurados direito à retomada das coberturas objeto do Seguro que estejam suspensas, caso algum prêmio de meses anteriores não tenha sido pago.**

**18.9. Não poderá haver distinção quanto ao valor do prêmio entre os segurados que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.**

## **19. PRÊMIOS MENSAIS, REAJUSTES E EQUILÍBRIO TÉCNICO- FINANCEIRO**

**19.1. O prêmio mensal será preestabelecido, estipulado na data de início de vigência do Contrato de Seguro e de acordo com a faixa etária em que se enquadrem o Segurado Principal e seus Segurados Dependentes, se houver.**

**19.2. Poderão ocorrer três formas de reajustes do prêmio: reajuste por mudança de faixa etária do Segurado Principal e dos Segurados Dependentes, quando houver; reajuste em função da variação dos custos médicos e ou hospitalares; e reajuste por sinistralidade (reajuste técnico-financeiro) decorrente de alteração no nível da sinistralidade do Contrato de Seguro objetivando a recomposição do seu equilíbrio técnico.**

**19.3. Com o objetivo de manter o equilíbrio técnico atuarial dos contratos, o prêmio será reajustado anualmente, com periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, e o percentual de reajuste, em virtude da variação dos custos médicos e ou hospitalares somado ao de sinistralidade, será apurado de acordo com o enquadramento dos contratos na quantidade de vidas definida nesta Cláusula, independente do**

**reajuste aplicado automaticamente por mudança de faixa etária.**

**19.4. A Seguradora comunicará os reajustes à ANS dentro do prazo legal.**

**19.5. Serão considerados para fins de apuração da sinistralidade a experiência da apólice e a composição etária do grupo, aqui incluídos os aposentados, os empregados ativos, inativos e desligados, com seus respectivos dependentes.**

**19.5.1. Considerar-se-á, para fins de apuração da sinistralidade, os segurados ativos e/ou inativos que foram reintegrados à apólice por meio de determinação judicial.**

**19.5.1.2. Considerar-se-á, ainda, para fins de apuração da sinistralidade, os atendimentos médicos, ambulatoriais e/ou hospitalares que não possuem cobertura contratual, mas que, todavia, foram suportados por meio de determinação judicial.**

**19.6. A fatura mensal será constituída pela soma dos prêmios mensais individuais dos valores correspondentes às coparticipações, das coberturas adicionais e dos tributos legais dos Segurados Principais e/ou Segurados Dependentes.**

**19.7.** Excepcionalmente, mediante a solicitação do Estipulante, e desde que aprovado pela Seguradora, o faturamento poderá ser ajustado para custo médio por segurado, como segue:

- I)** multiplica-se, separadamente, de acordo com o plano contratado, o número de segurados individuais em cada uma das faixas etárias discriminadas no estudo assinado pela empresa pelo valor unitário dos prêmios das faixas etárias descritas na Cláusula “Variação do Prêmio por Mudança de Faixa Etária”;
- II)** soma-se o resultado obtido dessa multiplicação e obtém-se o valor total do prêmio, por cada plano escolhido pela empresa; e
- III)** divide-se a quantidade apurada, a partir do cálculo definido na alínea “I”, pela quantidade obtida na alínea “II” e obtém-se o valor do custo médio de cada plano escolhido.

**19.8.** Apurados os reajustes previstos nas cláusulas 19.11, 19.12 e 19.13, a Seguradora fica autorizada a emitir as faturas de pagamento do prêmio com o reajuste aplicável, no mês subsequente ao da apuração, desde que devidamente demonstrada de maneira clara a aplicação das fórmulas discriminadas nestas Condições Gerais.

**19.9.** Será disponibilizada ao Estipulante, pela Seguradora, a tabela de valores com o valor por custo médio e a tabela com os custos por faixa etária que lhe deu origem, em observância ao disposto nos normativos da ANS e legislação vigente.

**19.10.** A tabela de que trata o item anterior terão seus valores reajustados periodicamente, respeitado o previsto na legislação em vigor.

**19.11. Reajuste para Contratos com até 29 (vinte e nove) segurados**

**19.11.1.** De acordo com a legislação vigente, os contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) segurados, serão agrupados e o percentual de reajuste (em virtude da variação dos custos médico-hospitalares somado ao de sinistralidade) será único para todos, independentemente do plano contratado e será aplicado no período que compreende o mês de maio, da divulgação do percentual, a abril do ano subsequente. Os critérios para o cálculo do percentual de reajuste estão definidos a seguir.

**19.11.1.1** A quantidade de Segurados nos contratos coletivos será apurada anualmente no mês do aniversário da apólice, no período compreendido entre os meses de maio a abril do ano subsequente.

**19.11.2. Reajuste do Prêmio em virtude da variação dos custos médico-hospitalares**

**19.11.2.1.** O prêmio será reajustado com base no **Índice de Variação dos Custos Médico-Hospitalares - IVCMH**, e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro, além de incorporações tecnológicas e coberturas adicionais.

### **19.11.3. Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade**

**19.11.3.1.** O prêmio do seguro será reajustado sempre que o **Índice de Reajuste de Excedente de Sinistralidade - IRES** apurado no agrupamento estiver acima de 65% (sessenta e cinco por cento).

**a)** Na apuração do índice de sinistralidade serão considerados os valores de sinistros e prêmios pagos dos últimos 12 (doze) meses, que compreende o período de março a fevereiro, imediatamente anterior à data de referência. Considera-se como data referência o mês de maio do ano do início do ciclo de reajuste.

**b)** Não serão considerados prêmios e sinistros dos três primeiros meses de vigência dos contratos.

**c)** Não serão considerados os impostos e comissões incidentes sobre o valor do prêmio pago.

**d)** O reajuste por sinistralidade observará a seguinte fórmula matemática:

$$\text{IRES} = \left[ \frac{\Sigma \text{Sinistros}}{\Sigma \text{Prêmios}} \right] / 0,65$$

**e)** Os prêmios serão reajustados em função da sinistralidade caso o índice da fórmula acima seja maior que 1 (um). Por outro lado, caso o índice seja menor que 1, deverá ser utilizado o número 01 como resultado do **IRES**, que será utilizado, depois, na fórmula para compor o **Índice Total de Reajuste – ITR**.

**19.11.4.** O reajuste anual (ITR) será composto, portanto, pela soma dos percentuais dos reajustes por variação dos custos médico-hospitalares e por sinistralidade.

**19.11.4.1.** O percentual do reajuste anual será apurado com base na variação dos custos médico-hospitalares e na sinistralidade ocorrida no período compreendido entre os meses de abril a março do ano subsequente e será disponibilizado pela Seguradora até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano no Portal da Seguradora – [www.sompo.com.br](http://www.sompo.com.br).

**19.11.5.** Caso o agrupamento de contrato apresente sinistralidade superior a 65% (sessenta e cinco por cento), este sofrerá o reajuste anual composto pela variação dos custos médico-hospitalares e pela sinistralidade, considerando a composição dos resultados encontrados:

### **Índice Total de Reajuste – ITR**

$$\text{ITR} = \left[ (\text{IVCMH} * \text{IRES}) - 1 \right] * 100$$

Em que:

**ITR** = Índice Total de Reajuste;

**IVCMH** = Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares;

**IRES** = Índice de Reajuste de Excedente de Sinistralidade dos contratos que fazem parte do agrupamento.

**19.11.6.** Caso o agrupamento de contrato apresente sinistralidade inferior a 65% (sessenta e cinco por cento), este sofrerá o reajuste anual composto apenas pela variação dos custos médico-hospitalares.

**19.11.7.** O percentual de reajuste anual será único para todo o agrupamento de contratos coletivos com até 29 (vinte e nove) segurados e será divulgado até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, logo após o período de apuração da quantidade de segurados previsto neste contrato.

**19.11.7.1** O reajuste será aplicado na data de aniversário de cada contrato agregado, no período compreendido entre os meses de maio a abril do ano subsequente, observando-se o número de Segurados na data do último aniversário.

**19.11.7.2.** Caso o contrato agregado possua 30 (trinta) Segurados ou mais na data do aniversário atual, será aplicado a ele o percentual de reajuste definido para o agrupamento de contratos, porém será excluído do agrupamento no exercício seguinte, conforme estabelece a legislação vigente.

**19.11.8.** Aos contratos com 30 (trinta) ou mais Segurados, ou seja, não agregados ao agrupamento de contratos coletivos, **serão aplicados os reajustes de acordo com as cláusulas de reajustes previstas nas Condições Gerais, conforme o seu enquadramento pelo número de segurados.**

## **19.12. Reajuste para Contratos de 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) segurados**

**19.12.1.** Para os contratos com 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) segurados, o índice de sinistralidade será avaliado individualmente, ou seja, por contrato, e a apuração da quantidade de vidas será no mês que antecede a apuração do reajuste.

### **19.12.2. Reajuste do Prêmio em virtude da variação dos custos médico-hospitalares**

**19.12.2.1.** O prêmio será reajustado com base no **Índice de Variação dos Custos Médico-Hospitalares - IVCMH**, e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro, além de incorporações tecnológicas e coberturas adicionais.

### **19.12.3. Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade**

**19.12.3.1.** O prêmio do seguro será reajustado sempre que o **Índice de Reajuste de Excedente de Sinistralidade - IRES** apurado no agrupamento estiver acima de 65% (sessenta e cinco por cento).

**a)** Na apuração do índice de sinistralidade serão considerados os valores de prêmios pagos e sinistros pagos, dos últimos 12 (doze) meses, que compreende o mês imediatamente anterior à data de apuração.

**b)** Não serão considerados prêmios e sinistros dos três primeiros meses de vigência dos contratos.

**c)** Os contratos que integrarão a base de cálculos devem ter mais que cinco meses de vigência dos contratos.

**d)** Não serão considerados os impostos e comissões incidentes sobre o valor do prêmio pago.

**e)** O reajuste por sinistralidade observará a seguinte fórmula matemática:

$$\text{IRES} = \left[ \frac{\sum \text{Sinistros}}{\sum \text{Prêmios}} \right] / 0,65$$

f) Os prêmios serão reajustados em função da sinistralidade caso o índice da fórmula acima seja maior que 1 (um). Caso o índice seja menor que 1, deverá ser utilizado o número 01 como resultado do **IRES**, que depois será utilizado na fórmula para compor o percentual de reajuste.

**19.12.4.** O reajuste anual (**ITR**) será composto, portanto, pela soma dos percentuais dos reajustes por variação dos custos médico-hospitalares e por sinistralidade.

**19.13.5.** Caso o agrupamento de contrato apresente sinistralidade superior a 65% (sessenta e cinco por cento), este sofrerá o reajuste anual composto pela variação dos custos médico-hospitalares e pela sinistralidade, considerando a composição dos resultados encontrados:

#### Percentual de Reajuste Único – ITR

$$\text{ITR} = \left[ (\text{IVCMH} * \text{IRES}) - 1 \right] * 100$$

Em que:

**ITR** = Índice Total de Reajuste;

**IVCMH** = Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares;

**IRES** = Índice de Reajuste de Excedente de Sinistralidade dos contratos que fazem parte do agrupamento.

#### 19.13. Reajustes para Contratos com mais de 100 (cem) segurados

**19.13.1.** Para os contratos com 100 (cem) segurados ou mais, o índice de sinistralidade será avaliado individualmente, ou seja, por contrato, e a apuração da quantidade de vidas será no mês que antecede a apuração do reajuste.

#### 19.13.2. Reajuste do Prêmio em virtude da variação dos custos médico-hospitalares

18.13.2.1. O prêmio será reajustado com base no **Índice de Variação dos Custos Médico-Hospitalares - IVCMH**, e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro, além de incorporações tecnológicas e coberturas adicionais.

#### 19.13.3. Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

**19.13.3.1.** O prêmio do seguro será reajustado sempre que o **Índice de Reajuste de Excedente de Sinistralidade - IRES** apurado ultrapassar o índice de 70% (setenta por cento), independentemente do reajuste dos custos médico-hospitalares.

**a)** Na apuração do índice de sinistralidade serão considerados os valores de prêmios pagos e sinistros pagos dos últimos 12 (doze) meses, que compreende o mês imediatamente anterior à data de apuração.

**b)** Não serão considerados prêmios e sinistros dos três primeiros meses de vigência dos contratos.

**c)** Os contratos que integrarão a base de cálculos devem ter mais que cinco meses de vigência dos contratos.

**d)** Não serão considerados os impostos e comissões incidentes sobre o valor do prêmio pago.

**e)** O índice de sinistralidade utilizar-se-á da seguinte fórmula matemática:

$$\text{IRES} = \left[ \frac{\sum \text{Sinistros}}{\sum \text{Prêmios}} \right] / 0,70$$

f) Os prêmios serão reajustados em função da sinistralidade caso o índice da fórmula acima seja maior que 1 (um). Caso o índice seja menor que 1, deverá ser utilizado o número 01 como resultado do **IRES**, que será depois utilizado na fórmula para compor o percentual de reajuste anual.

**19.13.4.** O reajuste anual (ITR) será composto, portanto, pela soma dos percentuais dos reajustes por variação dos custos médico-hospitalares e por sinistralidade.

**19.13.4.1.** Caso o contrato apresente sinistralidade superior a 70% (setenta por cento), este sofrerá o reajuste anual composto pela variação dos custos médico-hospitalares e pela sinistralidade, considerando a composição dos resultados encontrados:

#### **Índice Total de Reajuste - ITR**

$$\text{ITR} = \left[ (\text{IVCMH} * \text{IRES}) - 1 \right] * 100$$

**ITR** = Índice Total de Reajuste;

**IVCMH** = Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares;

**IRES** = Índice de Reajuste de Excedente de Sinistralidade do contrato.

**19.14.** Como alternativa ao reajuste cumulativo anual por sinistralidade dos prêmios mensais, as partes, em comum acordo, para recomposição financeira do contrato, poderão optar pelo pagamento, pelo Estipulante à Seguradora, em uma única parcela e no mês subsequente ao período de avaliação, de valor que permita o reequilíbrio financeiro do contrato.

**19.14.1. Para o cálculo da parcela única será utilizada a seguinte fórmula:**

**Sinistro acumulado X 100 / 70 (setenta) – Receita (R\$) - IOF (cumulativa)**

**19.14.2.** No caso de aporte de capital nos moldes da Cláusula 17.14.1 acima, o Estipulante ficará isento de reajuste por sinistralidade pelo período que serviu de esteio para o aporte de capital, sendo que este não será incluído na receita do próximo período de análise de sinistralidade.

## **20. VARIAÇÃO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA**

**20.1.** Ocorrendo alteração na idade dos Segurados Principais e ou dos Segurados Dependentes, com mudança para outra faixa etária, o prêmio mensal será reajustado de acordo com os valores vigentes para a nova faixa etária, com base na categoria do plano contratado, incidindo no mês subsequente ao da alteração da faixa etária.

**20.1.1.** Os reajustes por mudança de faixa etária serão aplicados apenas aos contratos que possuam a quantidade de segurados inferior a 100 vidas, observando-se a categoria do plano contratado e os percentuais previstos na tabela a seguir:

Da faixa etária	Para Faixa etária	Reajuste Percentual
De 0 a 18 anos	para 19 a 23 anos	15,00%
De 19 a 23 anos	para 24 a 28 anos	14,78%
De 24 a 28 anos	para 29 a 33 anos	15,15%
De 29 a 33 anos	para 34 a 38 anos	15,13%
De 34 a 38 anos	para 39 a 43 anos	16,00%
De 39 a 43 anos	para 44 a 48 anos	20,69%
De 44 a 48 anos	para 49 a 53 anos	30,20%
De 49 a 53 anos	para 54 a 58 anos	35,11%
De 54 a 58 anos	para 59 anos	38,98%

**20.1.2.** O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa, assim como a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa etária.

**20.1.3.** Em observância à legislação vigente, não haverá reajuste por mudança de faixa etária para os Segurados Principais e para Segurados Dependentes, se houver, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

## **21. COPARTICIPAÇÃO DOS SEGURADOS**

**21.1.** É facultada a contratação de plano de seguro em regime de coparticipação, situação em que será devido o pagamento de parte do valor de consultas, tratamentos, terapias e exames que os componentes do Grupo Segurado vierem a realizar, cujo percentual definido pelo Estipulante, deverá estar indicado na proposta de seguro.

**21.2.** Quando utilizada a Rede Referenciada, todas as despesas relativas à coparticipação serão adiantadas pela Seguradora e cobradas do Estipulante juntamente com a cobrança mensal do prêmio, sendo que este repassará ao segurado tal cobrança, se for o caso.

**21.2.1.** No caso do Segurado utilizar prestadores não constantes da Rede Referenciada, o valor da coparticipação será deduzido do valor a ser reembolsado.

**21.4.** O período de vigência da coparticipação é de 12 (doze) meses contados a partir da data de início de vigência do Seguro e será reiniciada no momento da renovação anual da apólice.

**21.5.** Após a renovação anual, os procedimentos excedentes do período anterior serão cobrados, sendo que o excedente será somado ao período correspondente da vigência anterior, não incidindo na coparticipação da nova vigência.

**21.6.** Os valores de coparticipação serão reajustados com base no aumento dos custos médicos e hospitalares.

## **22. VIGÊNCIA DO CONTRATO DE SEGURO**

**22.1.** O período de vigência deste Contrato de Seguro é de 24 (vinte e quatro) meses contados a partir da data de início constante da Proposta de Seguro.

## **23. RENOVAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO**

**23.1.** Este Contrato de Seguro será renovado automaticamente por prazo indeterminado caso não haja manifestação expressa em contrário, após o prazo de vigência inicial

**23.2.** A Seguradora e/ou o Estipulante poderão deixar de renovar a apólice, devendo, para tanto, apresentar à

outra parte manifestação escrita dessa sua intenção no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência, a contar do término de sua vigência.

**23.3.** Após a renovação automática, a Seguradora e/ou o Estipulante poderão rescindir o contrato a qualquer tempo, com aviso por escrito à outra parte e com 60 (sessenta) dias de antecedência.

**23.4. Durante o período de aviso prévio previsto nesta Cláusula, não serão admitidas movimentações e ou alterações no Contrato de Seguro, como exclusões, alterações de plano e inclusões de novos Segurados e/ou seus Dependentes.**

## **24. SEGURADO EXCLUÍDO DO GRUPO SEGURADO CUSTEADO SOB REGIME CONTRIBUTÁRIO**

**24.1.** Fica garantida a continuidade da prestação dos serviços, objeto deste Contrato, **ao Segurado Principal, e a seus Segurados Dependentes, que tenha contribuído, em qualquer momento, parcial ou totalmente, para o custeio do Seguro, ainda que não esteja contribuindo na ocasião da demissão ou aposentadoria, e desde que assuma o pagamento integral do prêmio respectivo,** nos seguintes casos:

a) aposentadoria concedida ao Segurado Principal enquanto empregado do Estipulante;

b) demissão sem justa causa do Segurado Principal.

**24.1.1.** Considera-se **CONTRIBUIÇÃO** qualquer valor pago pelo Segurado Principal, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de **seu seguro saúde** contratado pelo Estipulante em decorrência de vínculo empregatício, **à exceção dos valores relacionados ao pagamento do prêmio dos dependentes e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e hospitalar.**

**24.1.2.** Também se considera **CONTRIBUIÇÃO** o pagamento de valor fixo assumido pelo Segurado Principal em outro plano de saúde ou seguro saúde contratado anteriormente pelo Estipulante.

**24.1.3.** Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão sem justa causa ou aposentadoria, é garantido ao Segurado Principal o direito a continuidade da prestação dos serviços objeto deste Contrato de Seguro, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o seguro saúde.

**24.1.4.** A manutenção deste benefício é extensiva aos dependentes incluídos quando da vigência do contrato de trabalho, bem como ao novo cônjuge e filhos, desde que tenham assumido essa condição após a demissão sem justa causa ou aposentadoria do Segurado Principal.

**24.1.4.1. A manutenção deste benefício NÃO é extensiva aos dependentes que não foram incluídos neste Contrato de Seguro quando da vigência do contrato de trabalho do Segurado Principal com o Estipulante, salvo novo cônjuge e filhos.**

**24.1.4.2.** O Segurado Titular poderá optar pela manutenção do plano, individualmente, ou juntamente com parte de seus dependentes que tenham sido incluídos no Seguro.

**24.1.5. Em caso de morte do Segurado Principal durante a vigência do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos sem justa causa e aposentados, é assegurado o direito de continuidade da prestação dos serviços, objeto deste Contrato de Seguro, aos dependentes**

vigentes, pelo tempo remanescente (de acordo com os prazos previstos nesta Condições Gerais), desde que assumam a integralidade do pagamento do prêmio, nos termos do disposto nos normativos e legislação vigentes.

**24.1.6. O Segurado Principal que tiver interesse na manutenção da condição de segurado terá no máximo 30 (trinta) dias para requerer por escrito o benefício, contados a partir da comunicação inequívoca do Estipulante sobre essa opção, formalizada no ato da concessão do aviso prévio a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação de aposentadoria, e desde que comprove o regime contributivo e assumo o pagamento integral do prêmio.**

**24.1.6.1. O prêmio mensal do segurado demitido e aposentado será estabelecido por faixa etária, mesmo que o valor praticado quando da vigência do contrato de trabalho tenha sido por preço médio, conforme preconiza a legislação vigente.**

**24.1.7. O benefício observará os prazos e condições expressas a seguir:**

EMPREGADO SEGURADO TITULAR	TEMPO DE PERMANÊNCIA
Demitido sem justa causa que contribuiu como Segurado Principal da Apólice de Seguro do Estipulante.	1/3 (um terço) da permanência no Seguro, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses, desde que o Segurado Principal não volte a exercer atividade profissional remunerada.
Aposentado que contribuiu como Segurado Principal da Apólice de Seguro do Estipulante pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos.	Prazo indeterminado, vinculado à vigência do Contrato de Seguro Saúde firmado entre a Seguradora e a Estipulante, e desde que o Segurado Principal não volte a exercer atividade profissional remunerada.
Aposentado que contribuiu como Segurado Principal da Apólice de Seguro do Estipulante por prazo inferior a 10 (dez) anos.	01 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que o Segurado Principal não volte a exercer atividade profissional remunerada.

**24.2.** Ao Segurado Principal que, mesmo após se aposentar, continue fazendo parte dos quadros do Estipulante e depois venha a se desligar da empresa, é garantido o direito de manter a condição de aposentado nos termos da legislação vigente. Este direito deverá ser exercido no momento de seu desligamento e observará os prazos previstos nesta Cláusula.

**24.2.1.** O direito à manutenção deste benefício não exclui vantagens obtidas pelos empregados em decorrência de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.

**24.2.2.** O direito de que trata a Cláusula “Segurado Excluído Do Grupo Segurado Custeado Sob Regime Contributivo” é garantido aos dependentes do Segurado Principal que, mesmo após se aposentar, continuou trabalhando nos quadros do Estipulante e veio a falecer antes de exercer o direito ao benefício aqui previsto, observando-se os prazos previstos nesta Cláusula.

**24.2.3.** Fica garantido ao Segurado Principal, demitido ou aposentado, e/ou aos seus dependentes vinculados ao Seguro Saúde durante o período de manutenção das condições previstas na legislação vigente, o direito

de exercer a portabilidade especial de carências para um plano de saúde Individual/Familiar ou Coletivo por Adesão contratado com outras operadoras, conforme prevê a legislação vigente.

**24.3.** Caso o Estipulante ofereça a seus funcionários, plano de saúde ou seguro saúde mediante a contratação sucessiva de mais de uma operadora, serão considerados, para fins dos direitos previstos nesta cláusula, os períodos de contribuição do ex-empregado demitido ou aposentado decorrente da contratação do empregador em várias operadoras.

**24.4.** Nos cálculos periódicos com vistas a ajustes técnicos atuariais do Contrato de Seguro, também serão considerados os aposentados, os empregados ativos, inativos, desligados e seus respectivos dependentes, e o índice de reajuste cuja aplicação for necessária incidirá sobre todos.

**24.5.** Em havendo qualquer tipo de cancelamento, rescisão, resilição, descontinuidade e/ou não renovação do Contrato de Seguro Saúde, judicial ou extrajudicialmente, seja por vontade e/ou responsabilidade do Estipulante ou da Seguradora, cessa para todos os efeitos a obrigatoriedade da Seguradora quanto à manutenção do grupo de aposentados e/ou demitidos, e seus respectivos dependentes, cabendo ao Estipulante a responsabilidade pela manutenção do benefício por meio da inclusão do grupo de inativos no contrato firmado com a nova operadora.

**24.6.** A manutenção do Segurado Principal demitido ou aposentado no seguro saúde será cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) pelo decurso do prazo previsto na Cláusula Segurado Excluído Do Grupo Segurado Custeado Sob Regime Contributário;
- b) pela admissão do Segurado Principal em novo emprego que possibilite o seu ingresso em plano coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão firmado pelo novo empregador;
- c) na hipótese de cancelamento do contrato de seguro e;
- d) pelo não pagamento do prêmio mensal pelo Segurado Principal, demitido ou aposentado, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato.

**24.7.** Após o encerramento do benefício ora previsto, os Segurados inativos (aposentados ou demitidos) poderão contratar novo seguro na modalidade Individual/Familiar desde que a Seguradora esteja comercializando produto nessa modalidade na ocasião do encerramento do benefício. Neste caso, os Segurados aproveitarão as carências já cumpridas, desde que sua adesão ocorra dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir do dia seguinte ao término da cobertura e mediante o pagamento de prêmio calculado na modalidade de contrato Individual/Familiar à época em que se der a contratação. Esta previsão somente será aplicável caso o presente Contrato Empresarial ainda esteja em vigor quando do encerramento do benefício ora previsto.

**24.7.1.** Os prêmios de contratos individuais não guardam qualquer relação com os prêmios do Seguro Saúde Empresarial, em virtude da diferença de diversas características técnicas e atuariais.

## **25. SEGURADO EXCLUÍDO DO GRUPO SEGURADO CUSTEADO SOB REGIME NÃO CONTRIBUTÁRIO**

**25.1.** Desde que a Seguradora esteja, no momento da exclusão, comercializando produto na modalidade contrato Individual/Familiar, os Segurados excluídos do grupo segurado custeado sob o regime não contributário poderão contratar novo seguro nessa modalidade de contratação, aproveitando as carências já cumpridas, mediante o pagamento de prêmio calculado na modalidade de contrato Individual/Familiar à época em que se der a contratação.

**25.1.1.** Os prêmios de contratos individuais não guardam qualquer relação com os prêmios para

**Condições Gerais Empresariais, em virtude da diferença de diversas características técnicas e atuariais.**

**25.2. Considera-se, para fins de contagem do prazo de carência, o período de permanência do Segurado Principal no plano Empresarial cancelado.**

**25.3. Os Segurados excluídos do grupo segurado, que tenham interesse em aproveitar a contagem dos prazos de carência, deverão optar pelo plano Individual/Familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após suas exclusões.**

**25.4. O Estipulante deverá informar ao empregado sobre o cancelamento de benefício mantido pelo Estipulante, em tempo hábil, a fim de viabilizar a contratação de um novo seguro na modalidade Individual/Familiar, aproveitando as carências já cumpridas.**

## **26. RESCISÃO DO CONTRATO DE SEGURO**

26.1. Este Contrato de Seguro não poderá ser rescindido imotivadamente antes do término do prazo de sua vigência.

**26.2.** Este Contrato de Seguro será automaticamente rescindido por inadimplência no pagamento do prêmio mensal por período superior a 30 (trinta) dias, independentemente de notificação prévia.

**26.3.** Independentemente da rescisão do Contrato de Seguro por inadimplência, conforme, haverá a suspensão da cobertura objeto deste Contrato quando houver atraso no pagamento do prêmio mensal por mais de 02 (dois) dias.

**26.4.** As disposições previstas nesta Cláusula são aplicáveis **independentemente** dos novos prêmios reajustados em função da sinistralidade, do equilíbrio técnico-financeiro e da mudança por faixa etária.

**26.5.** A cobertura individual de cada um dos componentes do Grupo Segurado, como Segurados aposentados, demitidos e respectivos dependentes, será automaticamente cancelada quando da rescisão do Contrato de Seguro ou de sua não renovação.

**25.6.** Independentemente da rescisão deste Contrato de Seguro, fica ressalvado à Seguradora o direito de cobrar os prêmios vencidos e que não foram pagos pelo Estipulante durante o seu período de vigência.

**26.7.** Ocorrendo a rescisão do presente Contrato de Seguro, seja por que motivo for, ou a sua não renovação, o Estipulante obriga-se, por seus próprios meios, a recolher todos os cartões de identificação dos Segurados Principais e dos Segurados Dependentes, de maneira que não haja qualquer utilização posterior do seguro, arquivando o protocolo de seus recolhimentos.

**26.8.** Após a rescisão do Contrato de Seguro, caso haja utilização indevida pelos componentes do antigo Grupo Segurado, o Estipulante arcará com todas as despesas respectivas, acrescidas de taxa administrativa de 25% (vinte e cinco por cento), bem como com os valores referentes às coparticipações devidas e não cobradas na vigência do Contrato, caso haja qualquer cobrança por parte dos prestadores de serviços de saúde da Seguradora, em decorrência de atendimentos aos segurados.

**26.9. O Estipulante reembolsará à Seguradora, a qualquer momento, todos os valores que esta tiver que pagar a título de Ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde), conforme previsto na legislação em vigor, em razão do atendimento prestado aos Segurados representados pelo Estipulante.**

**26.10. Na hipótese de o Estipulante rescindir o Contrato de Seguro antes do término de sua vigência,**

**ele responderá pelo pagamento de multa pecuniária equivalente a 04 (quatro) vezes o valor do prêmio mensal, sendo este calculado sobre a média do prêmio mensal dos últimos 06 (seis) meses antes da rescisão.**

**26.10.1.** A multa estipulada será devida na proporcionalidade estabelecida entre o tempo do Contrato de Seguro, deduzindo-se o tempo cumprido e calculando-se sobre o tempo faltante para seu término de vigência, com o seguinte cálculo:

$$\frac{(4 \times \text{vl. Prêmio médio dos últimos 6 meses})}{24} \times \text{meses que faltavam para o término da vigência}$$

**26.11.** Se o prazo for inferior a 12 (doze) meses, será calculado o valor da receita paga e dos sinistros indenizados nos últimos 06 (seis) meses de apólice antes da rescisão.

**26.12.** Os valores previstos na Cláusula 26.10 serão cobrados no mês subsequente ao mês da rescisão contratual.

**26.13. Em caso de inadimplência do Estipulante, a Seguradora poderá rescindir o Contrato de Seguro antes do período final de vigência deste, cobrando, além dos prêmios vencidos, a multa decorrente.**

**26.14.** Na hipótese de rescisão ou com o encerramento do Contrato de Seguro Saúde pelo término da sua vigência, caberá ao Estipulante garantir atendimento médico-hospitalar a todo o Grupo Segurado, sob pena de arcar com todos os custos decorrentes de sinistros ensejados após a rescisão ou encerramento do Contrato de Seguro, inclusive com aqueles decorrentes de medida judicial promovida pelos Segurados, incluindo-se honorários advocatícios e custas judiciais, mesmo que, por decisão judicial, sejam considerados como segurados individuais.

**26.15.** Os valores previstos nas Cláusulas 26.8 e 26.9 serão cobrados no mês subsequente ao desembolso que for efetuado pela Seguradora.

## **27. RESPONSABILIDADE DO ESTIPULANTE**

### **27.1. Será de responsabilidade do Estipulante:**

- a)** entregar ao Segurado Principal, previamente à sua inclusão no seguro, o Manual de Orientação para Contratação de Seguro Saúde da Seguradora;
- b)** entregar, junto com o Cartão de Identificação do Segurado Principal, o Guia de Leitura Contratual da Seguradora;
- c)** comprovar os requisitos de elegibilidade dos componentes do Grupo Segurado, nos termos destas Condições Gerais;
- d)** manter em seu poder, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos segurados cadastrados, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, e, também os comprovantes da opção pela manutenção dos ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados, bem como da perda de direito do segurado.
- e)** prestar todas as informações solicitadas pela Seguradora quanto aos dados cadastrais dos componentes do Grupo Segurado incluídos no presente Contrato de Seguro, bem como fornecer cópia de documentos necessários à comprovação dos dados informados para fins de cumprimento do disposto na Lei nº 9.613, de 03.03.1998, que dispõe sobre a “Lavagem de Dinheiro” mantendo estas informações sempre completas e atualizadas e informando quaisquer alterações ocorridas.
- e.1)** os documentos 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;

**27.2.** O Estipulante deverá solicitar a esta Seguradora a exclusão de Segurados e/ou suspensão de cobertura, em consonância com os dispositivos contratuais, nas seguintes situações:

- a) fraude por parte do Segurado, desde que devidamente comprovada;
- b) perda do vínculo do Segurado Principal conforme previsto no contrato, ressalvado o direito à permanência no Contrato de Seguro, em consonância com disposto nos normativos da ANS e legislação em vigor;
- c) perda da condição de Segurado Dependente, conforme previsto nestas Condições Gerais.

**27.3.** O Estipulante deverá, ainda, informar por escrito, no ato da exclusão do segurado:

- a) se o segurado foi excluído por demissão sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o segurado demitido sem justa já havia se aposentado e continuou trabalhando na empresa, nos termos da legislação vigente;
- c) se o segurado contribuía para o pagamento do prêmio do Seguro Saúde;
- d) por quanto tempo o segurado contribuiu para o pagamento do prêmio do Seguro Saúde;
- e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário inativo ou se recusou a manter esta condição.

**27.4.** A exclusão do segurado somente poderá ser aceita pela Seguradora mediante a comprovação, pelo Estipulante, de que o mesmo foi comunicado da opção de manutenção da condição de segurado de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, bem como das informações previstas na Cláusula 26.3.

**27.5.** As partes estabelecem de comum acordo que, por força do contrato, o Estipulante compromete-se a reembolsar à Seguradora de toda e qualquer despesa decorrente de processos judiciais ou administrativos movidos por seus segurados, titulares e/ou dependentes, relativos ao seguro saúde objeto da presente avença, independentemente de figurar no pólo da ação ou não, incluindo-se, mas não se limitando, os valores de eventuais procedimentos não cobertos pelo contrato, procedimentos pelos quais a Seguradora não estaria obrigada a suportar de acordo com o Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas diretrizes, bem como custos de condenações judiciais ou administrativas relativas a reajuste de prêmios, manutenção do plano em caso de cancelamento, obrigações de fazer, não fazer ou de dar, danos morais, danos estéticos, lucros cessantes, pensionamentos, multas, custas, despesas processuais, honorários advocatícios ou quaisquer outros tipos de obrigações pecuniárias e cominatórias aos quais a Seguradora, por força de decisão judicial ou administrativa, venha a ser compelida a prestar, dispendar ou a pagar.

**27.5.1.** O Estipulante efetuará o pagamento de tais despesas em até 10 (dez) dias a contar da data do recebimento da solicitação, por escrito, da Seguradora.

**27.5.2.** O Estipulante envidará esforços para responder a eventuais questionamentos da Seguradora, bem como para fornecer subsídios para a defesa ou resposta em processos nos quais a Seguradora for demandada ou que for necessária a sua intervenção ou ingresso.

## **28. DISPOSIÇÕES GERAIS**

**28.1.** O fluxo de informações médicas relativas à assistência prestada ao Segurado Principal e ou Segurados Dependentes deste Seguro respeitará a legislação relativa ao sigilo médico.

**28.1.1.** A Seguradora se reserva no direito de solicitar a qualquer tempo, diretamente a médicos, laboratórios, hospitais ou outros prestadores de serviços médicos, que assistam ou tenham assistido ao Segurado,

todas as informações que julgue necessárias à elucidação de assuntos relacionados ao Seguro, ficando os referidos profissionais ou instituições dispensados pelo Segurado de quaisquer restrições ditadas pelo sigilo profissional. A Seguradora tratará essas informações como confidenciais.

**28.2.** Constituem parte integrante deste Contrato quaisquer documentos entregues pela Seguradora ao Estipulante e/ou aos Segurados, e pertinentes a este Seguro, tais como proposta de contratação, Declaração de Saúde, tabela de reembolso, o Guia de Leitura Contratual, guia do Segurado, dentre outros.

## **29. DO FORO**

**29.1.** Para dirimir eventual dúvida sobre este Contrato, fica eleito o Foro da Comarca do domicílio da Estipulante.

São Paulo,                    de                    de                    .

---

**ESTIPULANTE**

---

**SEGURADORA**  
**Sompo Saúde Seguros S.A.**

---

**Testemunha**

**Nome:**

**RG:**

**CPF:**

---

**Testemunha**

**Nome:**

**RG:**

**CPF:**

## GLOSSÁRIO

- **Abrangência Geográfica** - Região estabelecida pela Seguradora para atendimento médico-hospitalar ao Segurado.
- **Acidente Pessoal** - evento com data caracterizada, perfeitamente conhecida, posterior à contratação do Seguro, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
- **Agravo** - qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga pelo Estipulante e ou Segurado para que este tenha direito integral à cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais, para a Doença e ou Lesão Preexistente declarada.
- **Ambulatório** - estabelecimento legalmente constituído, integrante ou não de um hospital, capacitado ao atendimento de urgência/emergência ou cirúrgico de pequeno porte.
- **ANS** – Agência Nacional de Saúde Suplementar - órgão vinculado ao Ministério da Saúde que regulamenta, normatiza, controla e fiscaliza as operações de assistência suplementar à saúde.
- **Brasíndice** - guia farmacêutico brasileiro indicador de custos de medicamentos e materiais específicos, utilizado como referencial de mercado para remuneração dos insumos, produtos farmacêuticos, medicamentos e materiais hospitalares.
- **Carência** - período de tempo pré-determinado nas Condições Gerais, contado a partir do início da garantia a cada segurado, durante o qual os Segurados e seus dependentes, mesmo pagando o prêmio, não têm direito às coberturas contratadas.
- **Cartão-Proposta** – documento preenchido e assinado pelo Proponente a Segurado Principal ou Dependente ao formalizar seu interesse em aderir ao contrato de seguro, o qual discrimina a categoria do plano em que ele será enquadrado e que serve de base para que a Seguradora avalie os riscos e precifique o Seguro.
- **Cirurgia Reparadora** - aquela que é efetuada exclusivamente para a restauração de função de órgãos, membros ou regiões comprometidas por acidentes pessoais ou má formação congênita.
- **Cobertura Parcial Temporária** - período de 24 (vinte e quatro) meses em que o Segurado Principal e seus Segurados Dependentes não terão direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados exclusivamente às Doenças e ou Lesões Preexistentes declaradas quando da contratação do Seguro.
- **Condições Gerais** - conjunto de Cláusulas que regulam este seguro, estabelecendo suas características gerais e os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante e do(s) Segurado(s).
- **Condições Especiais** – conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- **Condições Particulares** – conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais do Seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura. As Condições Particulares prevalecem sobre as Condições Gerais.
- **Contribuição** – qualquer valor pago pelo Segurado Principal, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu seguro saúde contratado pelo Estipulante em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados ao pagamento do prêmio dos dependentes e à coparticipação ou franquias pagas únicas e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e hospitalar.
- **Corretor de Seguros** – profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) para angariar e promover contratos de seguro, conforme definido na Lei Nº 4.594/1964 e no Decreto-Lei Nº 73/1966. O corretor é escolhido pelo Estipulante para atuar exclusivamente em seu interesse.
- **Coparticipação** - valor devido pelo Estipulante ou Segurado Principal referente à realização de procedimento coberto (para si e ou para seus Segurados Dependentes).
- **Declaração Pessoal de Saúde** – documento integrante do Cartão Proposta pelo qual o Segurado Principal e seus Segurados Dependentes, quando o caso, informam seu estado de saúde no momento da contratação do Seguro.

- **Doença Aguda** - toda doença de ocorrência súbita causadora de morbidade provisória em curso acelerado, com resolução para cura ou óbito em período inferior a três meses.
- **Doenças e/ou Lesões Preexistentes** - DLP - aquela que o Segurado Principal e seus Segurados Dependentes, quando o caso, ou o Representante Legal, de um ou de outro, saibam ser portadores quando da contratação do Seguro.
- **Empregado Desligado** - segurado demitido, com ou sem justa causa, ou que tenha se aposentado, mas que, por não ter contribuído para o pagamento do prêmio do Seguro, não tem o direito de continuar no contrato, conforme previsto na legislação em vigor.
- **Estipulante** - pessoa jurídica que contrata o seguro em proveito dos proponentes segurados e fica investida dos poderes de representação destes perante a Seguradora, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas.
- **Evento** - toda e qualquer ocorrência passível de ser garantida pelas coberturas contempladas nas Condições Gerais ou Particulares.
- **Fisioterapia** - tratamento com a utilização de agentes físicos com o fim de reabilitação de doenças, desde que solicitado por profissional médico e realizado por fisioterapeuta ou médico.
- **Fonoaudiologia** - é a ciência que tem por objetivo o estudo e pesquisa dos métodos e técnicas de prevenção e terapia, realizadas na comunicação oral (fala - linguagem) e escrita, voz e audição. É realizada pelo fonoaudiólogo.
- **Grupo Segurado** - é o conjunto de pessoas físicas aceitas e incluídas no Seguro cujas coberturas estejam em vigor.
- **Grupo Segurável** - aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantem vínculo com o Estipulante e que podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais, Especiais e Particulares, se houver.
- **Órtese** - qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, não ligado ao ato cirúrgico. Dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.
- **Paramédico** - todo profissional que atua em uma equipe médica de saúde, sem ser o próprio médico.
- **Prêmio** - importância paga pelo Estipulante e ou pelo Segurado Principal à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas.
- **Prestador** - fornecedor de serviços de saúde.
- **Procedimento de Alta Complexidade (PAC)** - são os procedimentos cirúrgicos e clínicos de alta tecnologia, assim definidos pela ANS.
- **Proposta de Contratação** - documento preenchido e assinado pelo Estipulante que discrimina as coberturas que ele pretende contratar em favor do Grupo Segurável, e que serve de base para que a Seguradora avalie os riscos e precifique o Seguro. As declarações feitas pelo Estipulante devem ser completas e verdadeiras, tendo em vista que o contrato de seguro é um contrato baseado na boa-fé das partes contratantes.
- **Prótese** - qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.
- **Psicoterapia** - é o tratamento dos problemas e transtornos psíquicos da pessoa por meios psicológicos sem a utilização de fármacos.
- **Quimioterapia oncológica ambulatorial** - é o tratamento baseado na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde.
- **Remoção** - é o traslado/transporte, exclusivamente por via terrestre, do Segurado Titular e/ou de seus Segurados Dependentes portadores de patologias que impeçam sua locomoção normal.

- **R.P.G. (Reeducação Postural Global)** – é uma forma de fisioterapia desenvolvida na França, consiste na ordenação simultânea de todos os segmentos do corpo humano, com permanência estática e alongamento do tecido muscular, a fim de permitir a reorganização das microfibrilas que mantêm a postura distorcida. É realizada por fisioterapeuta especializado neste método.
- **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde** – é o rol que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passando a se constituir em um rol de ações em saúde.
- **Seguradora** – Sompo Saúde Seguros S.A. – C.N.P.J. 47.184.510/0001-20, situada na Rua Cubatão, 320, 9º andar, legalmente autorizada a operar Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 000477, que assume as garantias previstas nas Condições Gerais. Classificação junto ao Órgão Regulador – Seguradora Especializada em Saúde.
- **Segurado Dependente:** é a pessoa vinculada ao segurado principal, conforme definido nestas Condições Gerais, incluída no seguro.
- **Segurado Inativo** - segurado que, após ser demitido sem justa causa, ou ter-se aposentado em decorrência de vínculo empregatício, continua no Seguro por período determinado por ter contribuído com o custeio do seguro saúde, conforme previsto na legislação em vigor.
- **Segurado Principal (Titular)** – pessoa física com vínculo direto com o Estipulante e que adere ou é incluído no seguro.
- **Sinistro** – termo que define o acontecimento do evento previsto e coberto nas Condições Gerais, Especiais e Particulares, se houver.
- **Sub-Estipulante** - pessoa jurídica controlada pelo Estipulante ou Coligada a ele e que se responsabiliza solidariamente pelas obrigações previstas nestas Condições Gerais, inclusive pelo pagamento dos prêmios mensais para a Seguradora, independentemente de ser ou não o seguro contributivo.
- **Tabela de Serviços Hospitalares, Ambulatoriais e Honorários Médicos – Sompo** – relação de procedimentos médicos e hospitalares, vigente na Seguradora para efeito de cálculo do pagamento das respectivas coberturas e reembolsos, devidamente registrada no 4º Oficial de Registro de Títulos e Documentos Medeiros - Rua XV de Novembro, 251 – 2º andar - Centro – São Paulo/SP.
- **Urgência/Emergência** – urgência: atendimento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional; e emergência: atendimento que implique em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis à saúde do Segurado, comprovado por declaração do médico assistente, de modo que seja garantida a preservação da vida, órgãos e funções.

## COBERTURAS ADICIONAIS

Este documento é parte integrante das Condições Gerais do Seguro Saúde, firmado com o Estipulante indicado na proposta de seguro por ocasião da contratação.

Além das coberturas descritas nas Condições Gerais do Seguro Saúde, na cláusula “Despesas Cobertas”, serão disponibilizadas as coberturas adicionais abaixo relacionadas **e podem variar de acordo com o plano contratado, conforme descrito na Cláusula do “Caderno de Características Específicas” de cada plano.**

### 1. CHECK-UP

Check-Up Preventivo Anual em rede referenciada mediante autorização prévia da Seguradora, exclusivamente para o Segurado Titular com idade igual ou superior a 29 (vinte e nove) anos, sendo um por ano de vigência do segurado;

### 2. COLETA DOMICILIAR DE EXAMES

Cobertura garantida exclusivamente na rede referenciada, nos Municípios de São Paulo e do Rio de Janeiro;

### 3. CIRURGIA DE HIPERMETROPIA

Cobertura para pacientes que possuam hipermetropia acima de 2 (dois) graus e idade acima de 40 (quarenta) anos de idade, mediante apresentação de relatório do médico cirurgião indicando e justificando a cirurgia proposta.

### 4. CIRURGIA DE MIOPIA

Cobertura para pacientes que possuam miopia acima de 2 (dois) graus e idade acima de 12 (doze) anos de idade, mediante apresentação de relatório do médico cirurgião indicando e justificando a cirurgia proposta.

### 5. TERAPIAS

#### 5.1. CONSULTA/SESSÃO NUTRICIONISTA

Cobertura para consulta/sessão com nutricionista mediante prescrição médica.

#### 5.2. CONSULTA/SESSÃO TERAPIA OCUPACIONAL

Cobertura para consulta/sessão com terapeuta ocupacional mediante prescrição médica.

#### 5.3. CONSULTA/SESSÃO PSICOLOGIA

Cobertura para consulta/sessão individual com psicólogo mediante prescrição médica.

#### 5.4. CONSULTA/SESSÃO FONOAUDIOLOGIA

Cobertura para consulta/sessão com fonoaudiólogo mediante prescrição médica.

#### 5.5. ESCLEROTERAPIA CONVENCIONAL OU À LASER

Cobertura para escleroterapia exclusivamente na rede referenciada, para pacientes com idade acima de 18 (dezoito) anos, mediante apresentação de relatório médico.

#### 5.6. HIDROTERAPIA

Cobertura para sessões de hidroterapia mediante prescrição médica.

#### 5.7. REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL

Cobertura para sessões de RPG – Reeducação Postural Global mediante prescrição médica.

**6. As cirurgias definidas nas cláusulas 3 e 4 e as terapias definidas na cláusula 5, necessitam de autorização prévia da Seguradora, e somente serão garantidas segundo as condições previstas no “Caderno de Características Específicas”, quando realizadas exclusivamente na rede referenciada.**

6.1. Caso as cirurgias definidas nas cláusulas 3 e 4 sejam realizadas de forma particular, ou seja, pelo regime de reembolso, sua cobertura estará condicionada ao cumprimento dos requisitos da Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, não ensejando portanto, as condições previstas no Caderno de Características Específicas.

6.1.1. Idêntica condição será aplicada as terapias definidas nas cláusulas 5.1, 5.2, 5.3 e 5.4. ou seja, quando realizadas de forma particular, pelo regime de reembolso, sua cobertura também estará condicionada ao cumprimento dos requisitos da Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, não ensejando portanto, as condições previstas no Caderno de Características Específicas.

6.2. A cobertura para as terapias definidas nas cláusulas 5.5, 5.6 e 5.7, quando realizadas por meio de prestadores não referenciados, estará condicionada aos limites de sessões definidas no “Caderno de Características Específicas”.

6.3. Em conformidade com a estas Condições Gerais, o reembolso ao Segurado será efetuado segundo os limites de cobertura do plano contratado.

6.4. Caso o produto contratado preveja a cobertura para as terapias definidas na cláusula 5, com limitação do número de sessões, sua cobertura segundo os limites de cada sessão definidas no “Caderno de Características Específicas”, independerá se sua realização ocorrer na rede referenciada da Seguradora ou pelo regime de reembolso.

## **7. VACINAS**

Vacinas do calendário oficial do Ministério da Saúde, exclusivamente na rede referenciada indicada, e desde que haja prescrição médica.

7.1. Além das vacinas estipuladas no calendário oficial do Ministério da Saúde, o segurado ainda terá direito as vacinas descritas abaixo:

VACINAS	IDADE	REGRA
Vacina Anti-Gripal (adulto)	A partir de 12 anos	1 por ano
Vacina Anti-Gripal (infantil)	De 6 meses a 5 anos	2 por ano
Vacina gripe Tetravalente (Gripet)	-	1 por vida
Vacina gripe Tetravalente infantil (Gripet)	De 3 a 12 anos	2 por ano
Vacina Hepatite A e B combinada	A partir de 1 ano	3 por vida
Vacina Herpes Zoster (Herpes)	-	1 por vida
Vacina Tétano	-	2 por vida

## CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA DE REMISSÃO DO SEGURO SAÚDE POR MORTE DO SEGURADO PRINCIPAL

**1. A cobertura de remissão por morte do Segurado Principal obedecerá ao disposto nas Cláusulas a seguir e somente poderá ser contratada quando existirem Segurados Dependentes garantidos pelo contrato de seguro saúde.**

**1.1.** A Seguradora assegurará a continuidade da cobertura do plano do seguro saúde contratado pelo prazo de **24 (vinte e quatro)** meses, independentemente de qualquer pagamento de prêmio adicional, **durante a vigência deste Contrato de Seguro**, caso o Segurado Principal venha a falecer em atividade laborativa.

**1.2.** Cessando-se a vigência do presente Contrato com o Estipulante, cessam-se imediatamente as coberturas para os dependentes que estiverem remidos, independentemente da época em que se encontrarem no período de remissão.

**1.3. Decorrido o período de remissão, os Segurados Dependentes remidos serão automaticamente excluídos do Seguro, sem notificação prévia, mas poderão contratar novo seguro na modalidade Individual/Familiar aproveitando as carências já cumpridas, desde que não haja solução de continuidade na cobertura do seguro e mediante o pagamento de prêmio calculado na modalidade de contrato Individual/Familiar à época em que se der a contratação, e desde que a Seguradora esteja comercializando produto nessa modalidade na ocasião. Os prêmios de contratos da modalidade Individual/Familiar não guardam qualquer relação com os prêmios para contratos empresariais, em virtude da diferença de diversas características técnicas e atuariais.**

**1.4.** Estão excluídos de cobertura os casos em que a morte do Segurado Titular seja decorrente dos seguintes eventos:

- a)** suicídio ou qualquer ato ilícito devidamente comprovado;
- b)** simulação e/ou fraude;
- c)** ato reconhecidamente perigoso, voluntário, motivado por vontade do segurado e sem necessidade justificada;
- d)** atos ou operações de guerra, tumultos ou outras perturbações da ordem pública quando declarados por autoridade competente;
- e)** radiação e/ou emissão nuclear ou ionizante;
- f)** envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população quando declarados por autoridade competente;

**1.5.** O prazo estabelecido para entrada em vigor da cobertura de remissão prevista nesta cláusula é de 180 (cento e oitenta) dias contados da data de início de vigência do seguro e anteriores à data do falecimento do segurado titular, exceto nos casos de morte por acidente pessoal devidamente comprovado.

**1.6.** A vigência da cobertura de remissão terá início a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da comunicação à Seguradora do falecimento do segurado titular, acompanhada da documentação solicitada e desde que o falecimento tenha decorrido de evento passível de cobertura por este seguro.

Para validade desta cobertura adicional, a solicitação para remissão de pagamento de prêmio dos segurados dependentes do segurado titular falecido deve ocorrer em até 30 (trinta) dias contados da data de óbito deste.

**1.7. Estará automaticamente interrompida a cobertura individual dos Segurados remidos quando da rescisão do contrato; quando o segurado dependente perder a condição de dependência e no último dia do período definido no item 1.1 dessa Cobertura de Remissão.**

## CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA DE ATENDIMENTO MÉDICO DOMICILIAR DE EMERGÊNCIA MÉDICA

**1.** A cobertura de atendimento médico domiciliar de emergência médica obedecerá ao disposto nas Cláusulas abaixo:

**1.1.** A presente cobertura garante os serviços de atendimento nos casos de urgência/emergência a serem prestados em domicílio, mediante chamado telefônico dos Segurados, que, após avaliação médica do caso, proporcionará:

**1.1.1. Aconselhamento médico de emergência por telefone,** consistente em orientações médicas telefônicas aos Segurados, segundo as normas éticas aplicáveis, e limitar-se-ão à coordenação médica, aconselhamento médico e orientação pré-hospitalar, ou seja, as informações a respeito do procedimento a ser seguido pelo Segurado ou seus familiares para a obtenção da assistência médica mais adequada no menor espaço de tempo possível.

**1.1.2. Médico e/ou ambulância no local da ocorrência;**

**1.1.3. O transporte via terrestre do paciente,** se necessário for, do local onde está até o estabelecimento hospitalar mais adequado à continuidade do tratamento e de acordo com o plano contratado, limitado às seguintes regiões:

**a) Região Metropolitana de São Paulo:** Osasco, Guarulhos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Santo André, Diadema e Mauá;

**b) Estado do Rio de Janeiro:** Rio de Janeiro, Niterói, São Gonçalo, Alcântara, São João do Meriti, Duque de Caxias, Nilópolis e Nova Iguaçu;

**c) Estado de Minas Gerais:** Belo Horizonte, Betim, Contagem, Lagoa Santa, Nova Lima, Sabará e Santa Luzia;

**1.1.4. Transporte Inter-Hospitalar Terrestre:** Os serviços de Atendimento de Transporte Inter-hospitalar Terrestre englobam o atendimento médico de urgência e o transporte dos Segurados por meio de ambulâncias UTI ou Convencionais do local de primeiro atendimento para a rede hospitalar de acordo com o plano contratado, observando-se:

**a)** As regiões de atuação previstas nas cláusulas 1.1.3, alíneas “a” e “b”;

**b)** Segurado já submetido a um primeiro atendimento médico e que, por falta de condições físicas ou por recomendação médica, não tenha capacidade de locomoção;

**c)** Expressa requisição médica no sentido da necessidade da remoção do Segurado;

**d)** Contatado o Referenciado pela Central de Atendimento Telefônico 24 horas, houver a anuência quanto à necessidade do Atendimento Médico Inter-hospitalar manifestada pelo profissional médico encarregado de acompanhar as chamadas telefônicas.

**1.1.5. Transporte Aeroterrestre:** Os serviços de Atendimento de Transporte Aeroterrestre englobam o

atendimento médico e a remoção dos Segurados, por meio de ambulâncias U.T.I., helicópteros e/ou aviões, estes últimos devidamente homologados perante o D.A.C. (Departamento de Aviação Civil), do local de primeiro atendimento a um centro de referência ou rede hospitalar, serviço este que abrangerá o território nacional, desde que sejam atendidas as seguintes condições:

**a)** atendimento do disposto na **Cláusula 1.3 que versa sobre a atualização cadastral dos segurados.**

**b)** possibilidade de vôo observando-se condições meteorológicas e aeroportuárias, e desde que o estado do paciente seja compatível com o tipo de remoção.

**1.1.6. Atendimento Pré-Hospitalar Área Protegida:** Os serviços de Atendimento Médico Pré-Hospitalar Área Protegida englobam o atendimento médico de emergência/urgência das pessoas que, no momento da ocorrência, estiverem no local da “Área Protegida”. Entende-se por “Área Protegida” as dependências da Estipulante que contrate tais serviços, e se necessário for, a remoção por via terrestre do local onde estão até estabelecimento hospitalar Referenciado pelo Segurado. Esta cobertura fica incorporada a este Contrato, a título de cortesia, desde que a Estipulante contrate para todos os seus empregados, o pacote de serviços de Emergência Médica Domiciliar, Orientação Médica Telefônica, Transporte Inter-Hospitalar Terrestre. O Estipulante deverá informar no início de vigência o endereço para o atendimento médico Pré-Hospitalar da Área Protegida.

**1.2.** Nas hipóteses em que for manifestada a impossibilidade de atendimento do Segurado em prazo adequado, pelas características do caso de urgência ou pela dificuldade de se chegar ao local por razões como trânsito intenso, inundações, calamidade, manifestações populares, difícil acesso a veículos ou aos profissionais envolvidos, ou que ofereça risco a eles, entre outras situações excepcionais, o Prestador orientará o Segurado, familiares e acompanhantes a procurar o local mais próximo para o pronto atendimento médico, até que o profissional tenha tempo de se dirigir ao local para onde foi encaminhado o Segurado.

**1.3.** É obrigação do Estipulante é manter mensalmente o cadastro do segurado atualizado junto à **Seguradora**, para que seja possível a identificação dos Segurados que fazem jus aos serviços aqui contratados.

**1.4.** A **Estipulante** só poderá cadastrar Segurados que residirem nas regiões das cidades mencionadas na Cláusula 1.1.3 deste instrumento.

**1.5.** Em caso de abuso de acionamento dos serviços objeto desta cobertura, seja por que motivo ou por que maneira for, a **Seguradora** deverá tomar uma das seguintes medidas:

**a)** excluir o Segurado do atendimento regulado desta cobertura;

**b)** outras medidas legais permitidas para coibir a prática de abusos.

## CADERNO DE SERVIÇOS ESPECIAIS

### ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL E NACIONAL EM VIAGENS

O presente CADERNO trata, especificamente, da Cobertura Assistência Nacional e Internacional em Viagem, podendo ser contratada para todas ou determinadas categorias de plano.

As cláusulas do presente CADERNO vinculam-se única e exclusivamente às coberturas e ao objeto nele previstos e não alteram as Cláusulas das Condições Gerais Empresarial do Seguro Saúde, ficando estas devidamente ratificadas.

#### 1. DO OBJETO

1.1. Garantir ao segurado os serviços de assistência em Viagem Nacional e Internacional (distância mínima de 150 quilômetros do município de residência permanente do segurado), que necessitem de atendimento de urgência ou emergência médica, discriminadas neste CADERNO.

#### 2. DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS DE ASSISTÊNCIA EM VIAGENS

2.1. Os serviços e coberturas previstos neste CADERNO serão prestados por meio de empresa PRESTADORA DE SERVIÇOS especializada em assistência ao viajante que disponibilizará sua rede mundial de Centrais de Atendimento, conforme discriminado nas Cláusulas abaixo.

2.2. A empresa PRESTADORA DE SERVIÇOS será aquela que for eleita e contratada pela **SOMPO SAÚDE SEGUROS** e informada à **ESTIPULANTE**.

2.3. A empresa PRESTADORA DE SERVIÇOS e as condições de cobertura do presente CADERNO, ao exclusivo critério pela **SOMPO SAÚDE SEGUROS**, poderão ser substituídos ou alterados a qualquer tempo e por qualquer motivo, sem que, para tanto, dependa de qualquer tipo de condição, anuência ou concordância por parte da **ESTIPULANTE** e do segurado.

2.4. A **ESTIPULANTE** compromete-se a informar o seu segurado a respeito dos procedimentos necessários em caso de Viagem Nacional e Internacional, bem como disponibilizar-lhe uma cópia do Guia Prático do Segurado.

#### 3. ASSISTÊNCIA EM VIAGEM NACIONAL

3.1. Os serviços de assistência deverão ser sempre providenciados pela PRESTADORA DE SERVIÇOS. Para isso, o segurado deverá ligar para a Central de Atendimento disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia, pelos telefones indicados no Guia Prático do Segurado.

3.3. Os serviços disponíveis estão relacionados a seguir.

#### 4. DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS EM VIAGEM NACIONAL - DMHO

4.1. Os serviços de assistência de Despesas Médico, Hospitalares e/ou Odontológicas - DMHO consistem na coordenação e pagamento das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas para o tratamento do passageiro, sob orientação médica, e sempre que estes eventos sejam decorrentes de **acidente pessoal ou enfermidade súbita e aguda que requeiram a necessidade de atendimento de urgência e emergência**

durante o período da viagem nacional.

4.2. Todos os serviços prestados pela empresa PRESTADORA DE SERVIÇOS, serão sempre em decorrência de uma situação de **URGÊNCIA e EMERGÊNCIA** durante a viagem nacional, podendo ser por acidente pessoal, doença aguda ou preexistente. O médico que esteja assistindo o segurado no momento da intercorrência é a única pessoa autorizada a solicitar qualquer tratamento, procedimento ou intervenção necessária para resolver a situação de **URGENCIA/EMERGÊNCIA**.

4.2.1. Os serviços de assistência DMHO, são **por evento**, o que significa dizer que se as despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas forem distintas umas das outras, a cobertura será renovada em cada evento.

4.2.2. Os serviços de assistência DMHO incluem:

**a) Assistência Médica** - serviços de assistência médica em todos os casos de enfermidade, acidente ou emergência, para o qual necessite de assistência. A PRESTADORA DE SERVIÇOS oferecerá ao Titular as condições para sua atenção em qualquer um dos centros assistenciais ou hospitais disponíveis na área de ocorrência do evento, cuja assistência seja solicitada.

**b) Consultas Médicas** - em casos de acidentes ou enfermidade aguda ou imprevista. Ocorrendo uma enfermidade ou lesão que impossibilite a continuação normal da viagem do Titular, este poderá utilizar, sem nenhum encargo, os serviços dos profissionais ou estabelecimentos sanitários que, no caso, sejam indicados e/ou autorizados pela PRESTADORA DE SERVIÇOS.

**c) Atenção de Especialistas** - Será prestada assistência médica por especialistas quando for indicada ou pedida pela equipe médica de emergência/urgência e autorizada previamente pela Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas correspondente.

**c.1)** Quando o titular for menor de 12 (doze) anos e tiver sido solicitado assistência médica, a PRESTADORA DE SERVIÇOS deixará à disposição, de acordo com a solicitação dos pais ou adultos que o acompanharem durante a viagem, a possibilidade de uma consulta telefônica com o pediatra do menor. A consulta terá **caráter meramente informativo** e não será vinculada ao tratamento médico a ser prestado ao menor, cuja decisão final caberá ao profissional prestador médico interveniente que estiver assistindo o paciente no momento da intercorrência.

**d) Exames Médicos Complementares** – Os lugares e locais que realizam exames complementares, quando estes forem indicados pela equipe médica de urgência, serão disponibilizados e informados por meio da Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas.

**e) Terapia de Recuperação Física em Caso de Traumatismo** - Se prescrito pelo médico responsável pelo tratamento, e autorizado pela Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas, a PRESTADORA DE SERVIÇOS coordenará as sessões de fisioterapia, cinesioterapia dentre outras destinadas à recuperação física do segurado.

**f) Medicamentos** - Nos casos de **hospitalização, tratamento ambulatorial ou odontológico**, haverá o reembolso de gastos com medicamentos receitados por equipe médica para a afecção ocorrida na assistência ao segurado, durante sua vigência e até os limites contratados no presente CADERNO.

**g) Hospitalizações** - Quando necessário e prescrito pela equipe médica, será feita a hospitalização do titular no Centro Assistencial mais próximo e adequado, a critério exclusivo do Departamento Médico da PRESTADORA

DE SERVIÇOS, até o limite de cobertura definido na cláusula 32 (Dos Limites de Cobertura deste CADERNO).

**h) Intervenções Cirúrgicas** – Cobertura ao segurado que necessitar ser submetido a intervenções cirúrgicas, desde que a natureza da enfermidade ou lesões exijam e sejam prescritas pela equipe médica responsável, e aprovadas pela PRESTADORA DE SERVIÇOS. Os limites da cobertura de intervenções cirúrgicas estão definidos na cláusula 32 (Dos Limites de Cobertura deste CADERNO).

**i) Terapia Intensiva** – Cobertura ao segurado que necessitar ser submetido a tratamentos de terapia intensiva, quando a natureza da enfermidade ou lesões assim exigirem, e desde que prescritas pela equipe médica responsável e aprovadas pela PRESTADORA DE SERVIÇOS.

**j) Odontologia de Urgência** – O segurado deverá ligar para a Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas a fim de obter indicações de profissionais dentistas e consultórios que ofereçam tratamento odontológico de emergência.

**j.1)** No caso de localidades em que não houver profissionais e consultórios adequados ou não se recomendar a realização de tratamentos odontológicos, o segurado será informado e, se necessário, ser-lhe-ão indicados consultórios ou hospitais que possam proporcionar o controle da dor.

**j.2)** Envio de táxi até o prestador (odontologia) - A PRESTADORA DE SERVIÇOS reembolsará, até o limite de cobertura definido na cláusula 32 (Dos Limites de Cobertura), os gastos com envio de táxi até o prestador odontológico, mediante a apresentação de comprovantes irrefutáveis.

**4.2.3. Todos os serviços de assistência descritos na cláusula 4.2.2 observarão os limites de cobertura previstos na cláusula 32 (Dos Limites de Cobertura deste CADERNO).**

## **5. TRASLADO DE CORPO**

5.1. Em caso de falecimento do segurado, a PRESTADORA DE SERVIÇOS providenciará o traslado de corpo e arcará com as despesas necessárias, incluindo os custos do caixão necessário para o transporte, os trâmites administrativos e o transporte até o domicílio permanente do segurado ou local de sepultamento, até o limite de cobertura previsto na cláusula 32 (Dos Limites de Cobertura deste CADERNO).

## **6. REGRESSO SANITÁRIO**

6.1. O regresso sanitário do segurado se dará somente quando o médico que o assiste assim o solicitar. O regresso sanitário do segurado será realizado pelos meios que o médico assistente estipular, levando em consideração a gravidade do quadro e os transportes mais convenientes para tal fim, até o limite de cobertura previsto na cláusula 32 (Dos Limites de Cobertura deste CADERNO).

## **7. TRASLADO MÉDICO**

7.1. Em casos onde o segurado precise ser removido ou transferido até a clínica ou hospital mais próximo em condições de atendê-lo, por motivos de acidente pessoal ou enfermidade cobertos, a PRESTADORA DE SERVIÇOS organizará esta assistência e arcará com os custos até o limite da cláusula 32 (Dos Limites de Cobertura deste CADERNO).

## **8. RETORNO DE ACOMPANHANTE**

8.1. No caso de falecimento do segurado, a PRESTADORA DE SERVIÇOS organizará e arcará com os custos de traslado de regresso do(s) acompanhante(s) ao local de domicílio ou origem da viagem, até o limite da cláusula 32 (Dos Limites de Cobertura deste CADERNO).

## **9. REGRESSO ANTECIPADO**

9.1. A PRESTADORA DE SERVIÇOS reembolsará as despesas com o traslado de regresso do segurado ao domicílio ou local de origem da viagem, por motivo de morte ou internação hospitalar em decorrência de acidente pessoal ou enfermidade declarada de forma repentina e de maneira aguda do cônjuge, pais, irmãos ou filhos do titular, ocorrida durante o período da viagem, de acordo com os limites da cláusula 32 (Dos Limites de Cobertura deste CADERNO).

## **10. REGRESSO DE MENORES**

10.1. Nos casos em que o segurado vier a falecer ou ficar internado, a PRESTADORA DE SERVIÇOS arcará com as despesas com o traslado de um acompanhante para retorno do(s) menor(es) que estiver(em) em companhia do segurado durante a viagem, até o limite na cláusula 32 (Dos Limites de Cobertura deste CADERNO).

## **11. DESPESAS JURÍDICAS EM VIAGEM/DESPESAS COM FIANÇA E DESPESAS LEGAIS EM VIAGEM**

11.1. A PRESTADORA DE SERVIÇOS arcará com as despesas com honorários advocatícios para assistência jurídica, despesas legais e fiança, em decorrência de acidente, prisão ou detenção indevida ocorridos durante a viagem, até o limite da cláusula 32 (Dos Limites de Cobertura deste CADERNO).

## **12. ASSISTÊNCIA EM CASO DE FURTO, ROUBO OU EXTRAVIO DE DOCUMENTOS**

12.1. A PRESTADORA DE SERVIÇOS prestará assessoria ao titular sobre os procedimentos a serem seguidos no local, no caso de roubo ou extravio de documentos pessoais, bilhetes aéreos e ou cartões de crédito. Tal assessoria não compreenderá, em nenhum caso, a realização de trâmites pessoais que o próprio segurado deva realizar em razão de roubo e ou extravio. A PRESTADORA DE SERVIÇOS não se responsabilizará por gastos ou custos ligados à regularização e ou substituição de documentos pessoais, bilhetes aéreos, cartões de crédito roubados ou extraviados.

## **13. LOCALIZAÇÃO DE BAGAGEM**

13.1. A PRESTADORA DE SERVIÇOS proporcionará ajuda logística ao titular para obter informações sobre o extravio da bagagem junto a companhia aérea. **A PRESTADORA DE SERVIÇOS e a SOMPO SAÚDE SEGUROS NÃO se responsabilizam pela localização, entrega ou indenização da bagagem extraviada.**

## **14. ACOMPANHAMENTO DE MENORES DE 15 ANOS E IDOSOS MAIORES DE 60 ANOS**

14.1. Se um segurado viajar somente com a única companhia de um ou mais terceiros, menores de 15 (quinze) anos ou maiores de 60 (sessenta) anos - sendo este(s) terceiro(s) também segurado(s) ou cliente(s) da PRESTADORA DE SERVIÇOS - e encontrar-se impossibilitado para se ocupar do(s) mesmo(s) por enfermidade ou acidente ocorrido durante a viagem, a PRESTADORA DE SERVIÇOS organizará, de acordo com seus critérios, o deslocamento de um familiar para acompanhamento do(s) terceiro(s) de volta ao local de sua residência permanente.

## 15. TRANSMISSÃO DE MENSAGENS URGENTE

15.1. A PRESTADORA DE SERVIÇOS será encarregada de transmitir as mensagens urgentes e justificadas relativas a qualquer um dos eventos objetos das prestações contempladas neste CADERNO.

## 16. ASSISTÊNCIA EM VIAGEM INTERNACIONAL

16.1. Serviços à disposição dos segurados, residentes e domiciliados no Brasil, no caso de doenças súbitas ou acidentes ocorridos durante viagem ao exterior. Tais serviços, quando oferecidos pelo plano contratado, estarão indicados na Cláusula de Características Essenciais do plano.

16.2. PAÍSES COM SERVIÇOS PELA PRESTADORA DE SERVIÇOS:

**África do Sul, Alemanha, Andorra, Arábia Saudita, Argélia, Argentina, Aruba, Austrália, Áustria, Bélgica, Bolívia, Bonaire, Brasil, Bulgária, Canadá, Catar, Chile, China, Chipre, Cingapura, Colômbia, Coréia do Sul, Costa Rica, Croácia, Cuba, Curaçao, Dinamarca, Egito, El Salvador, Emirados Árabes Unidos, Equador, Escócia, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estados Unidos, Estônia, Filipinas, Finlândia, França, Grécia, Guatemala, Holanda, Honduras, Hong Kong, Hungria, Iêmen, Ilhas Maldivas, Ilhas Maurício, Índia, Indonésia, Inglaterra, Irlanda, Islândia, Israel, Itália, Jamaica, Japão, Jordânia, Kuwait, Lesoto, Letônia, Líbano, Liechtenstein, Lituânia, Luxemburgo, Malásia, Marrocos, México, Mônaco, Nicarágua, Noruega, Nova Zelândia, Omã, Panamá, Paraguai, Peru, Polônia, Portugal, Quênia, República Dominicana, República Tcheca, Romênia, Rússia, San Marino, San Martin Sérvia e Montenegro, Síria, Sri Lanka, Suécia, Suíça, Tailândia, Taiti, Taiwan, Tunísia, Turquia, Ucrânia, Uruguai, Venezuela e Vietnã.**

16.3. Nos países não incluídos na cláusula 16.2, os serviços prestados pela PRESTADORA DE SERVIÇOS ocorrerão na forma de reembolso dos gastos médicos, dentro dos limites estabelecidos neste CADERNO.

## 17. DAS COBERTURAS EM VIAGEM INTERNACIONAL

17.1. ASSISTÊNCIA MÉDICA - A PRESTADORA DE SERVIÇOS coloca à disposição do segurado sua rede mundial de Centrais de Atendimento, devendo o segurado comunicar-se por telefone com a Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas informada no Guia Prático do Segurado em caso de enfermidade ou acidente para o qual necessite de assistência. A PRESTADORA DE SERVIÇOS oferecerá ao segurado as condições para sua atenção em qualquer um dos centros assistenciais ou hospitais disponíveis na área de ocorrência do evento, cuja assistência seja solicitada.

17.2. Os serviços incluem:

**a) Consultas Médicas** - em casos de acidentes ou enfermidade aguda ou imprevista. Ocorrendo uma enfermidade ou lesão que impossibilite a continuação normal da viagem do segurado, este poderá utilizar os serviços dos profissionais ou estabelecimentos sanitários que, no caso, sejam indicados e ou autorizados pela PRESTADORA DE SERVIÇOS.

**b) Atenção de Especialistas** - Será prestada assistência médica por especialistas quando for indicada ou pedida pela equipe médica de emergência e autorizada previamente pela Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas.

**b.1)** Quando o titular for menor de 12 (doze) anos e tiver solicitado assistência médica, a PRESTADORA DE SERVIÇOS deixará à disposição, de acordo com a solicitação dos pais ou adultos que o acompanharem

durante a viagem, a possibilidade de uma consulta telefônica com o pediatra do menor em seu país de origem. A consulta terá caráter meramente informativo e não será vinculada ao tratamento médico a prestar, cuja decisão final caberá ao profissional prestador médico interveniente que estiver assistindo o paciente no momento da intercorrência.

**c) Exames Médicos Complementares** – Os lugares e locais que realizam exames complementares, quando estes forem indicados pela equipe médica de urgência, serão disponibilizados e informados por meio da Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas.

**d) Terapia de Recuperação Física em Caso de Traumatismo** - Se prescrito pelo médico responsável pelo tratamento, e autorizado pela Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas, a PRESTADORA DE SERVIÇOS coordenará as sessões de fisioterapia, cinesioterapia, dentre outras destinadas à recuperação física do segurado.

**e) Odontologia de Urgência** - O segurado deverá ligar para a Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas a fim de obter indicações de profissionais dentistas e consultórios que ofereçam tratamento odontológico de emergência.

**e.1)** No caso de localidades em que não houver profissionais e consultórios adequados ou não se recomendar a realização de tratamentos odontológicos, o segurado será informado e, se necessário, serão indicados consultórios ou hospitais que possam proporcionar o controle da dor.

**f) Hospitalizações** - Quando necessário e prescrito pela equipe médica, será feita a hospitalização do titular no Centro Assistencial mais próximo e adequado, a critério exclusivo do Departamento Médico da PRESTADORA DE SERVIÇOS, até o limite de cobertura definido na cláusula 32 (Dos Limites de Cobertura deste CADERNO).

## **18. TRASLADO DE CORPO**

18.1. Em caso de falecimento do segurado, a PRESTADORA DE SERVIÇOS providenciará o traslado de corpo e arcará com as despesas necessárias, incluindo os custos do caixão necessário para o transporte, os trâmites administrativos e o transporte até o domicílio permanente do segurado ou local de sepultamento, até o limite de cobertura previsto na cláusula 32 (Dos Limites de Cobertura deste CADERNO).

## **19. REGRESSO SANITÁRIO**

19.1. O regresso sanitário do segurado se dará somente quando o médico que o assiste assim o solicitar. O regresso sanitário do segurado será realizado pelos meios que o médico assistente estipular, levando em consideração a gravidade do quadro e os transportes mais convenientes para tal fim, até o limite de cobertura previsto na cláusula 32 (Dos Limites de Cobertura deste CADERNO).

## **20. TRASLADO MÉDICO**

20.1. Em casos onde o segurado precise ser removido ou transferido até a clínica ou hospital mais próximo em condições de atendê-lo, por motivos de acidente pessoal ou enfermidade cobertos, a PRESTADORA DE SERVIÇOS organizará esta assistência e arcará com os custos até o limite da cláusula 32 (Dos Limites de Cobertura deste CADERNO).

## **21. PRORROGAÇÃO DE ESTADIA**

21.1. Consiste no reembolso e/ou prestação de serviço correspondente ao próprio segurado, até o limite de cobertura previsto na cláusula 32 (Dos Limites de Cobertura deste CADERNO), caso fique impossibilitado de prosseguir viagem ou retornar ao domicílio ou local de origem da viagem, por determinação médica, decorrente de acidente pessoal ou enfermidade súbita e aguda durante o período de viagem.

## **22. HOSPEDAGEM DE ACOMPANHANTE**

22.1. Quando a PRESTADORA DE SERVIÇOS coordenar o traslado de um familiar do segurado para acompanhamento do mesmo enquanto estiver internado, a estadia do familiar trasladado será providenciada por um período máximo de 10 (dez) dias, sempre que o segurado se encontrar sozinho no exterior, estiver sem companhia ou relação pessoal ou familiar alguma durante tal período de hospitalização.

## **23. DESPESAS JURÍDICAS EM VIAGEM/DESPESAS COM FIANÇA E DESPESAS LEGAIS EM VIAGEM**

23.1. A PRESTADORA DE SERVIÇOS arcará com as despesas com honorários advocatícios para assistência jurídica, despesas legais e fiança, em decorrência de acidente, prisão ou detenção indevida ocorridos durante a viagem, até o limite da cláusula 32 (Dos Limites de Cobertura deste CADERNO).

## **24. ATRASO DE VOO**

24.1. A PRESTADORA DE SERVIÇOS reembolsará o segurado das despesas com hospedagem e alimentação que não tenham sido pagas pela companhia aérea regular, decorrentes do atraso de voo superior a 6 (seis) horas, durante o período de viagem e decorrente de:

- quaisquer condições climáticas severas que acarretem o atraso na chegada ou na partida programada do voo;
- quaisquer questões trabalhistas que interfiram na chegada ou na partida programada do voo, como greves, manifestação ou protestos.

## **25. REGRESSO ANTECIPADO POR OCORRÊNCIA NA LOCALIDADE DA RESIDÊNCIA DO SEGURADO**

25.1. Quando o segurado estiver em viagem internacional e ocorra sinistro grave (incêndio, inundação, explosão ou roubo com danos e violência) em seu domicílio real e permanente, sempre e quando não houver nenhuma pessoa que possa assumir a situação e sua passagem original de retorno não lhe permita a troca da data, a PRESTADORA DE SERVIÇOS coordenará a condução para obtenção de uma nova passagem do lugar em que o segurado se encontrar até a sua residência.

## **26. ASSISTÊNCIA EM CASO DE FURTO, ROUBO OU EXTRAVIO DE DOCUMENTOS**

26.1. A PRESTADORA DE SERVIÇOS prestará assessoria ao titular sobre os procedimentos a serem seguidos no local, no caso de roubo ou extravio de documentos pessoais, bilhetes aéreos e ou cartões de crédito. Tal assessoria NÃO compreenderá, em nenhum caso, a realização de trâmites pessoais que o próprio segurado deva realizar em razão de roubo e ou extravio. A PRESTADORA DE SERVIÇOS não se responsabilizará por gastos ou custos ligados à regularização e ou substituição de documentos pessoais, bilhetes aéreos, cartões de crédito roubados ou extraviados.

## **27. ACOMPANHAMENTO DE MENORES DE 15 ANOS E MAIORES DE 60 ANOS**

27.1. Se um segurado viajar somente com a única companhia de um ou mais terceiros, menores de 15 (quinze) anos ou maiores de 60 (sesenta) anos - sendo este(s) terceiro(s) também segurado(s) ou cliente(s) da PRESTADORA DE SERVIÇOS - e encontrar-se impossibilitado para se ocupar do(s) mesmo(s) por enfermidade ou acidente ocorrido durante a viagem, a PRESTADORA DE SERVIÇOS organizará, de acordo com seus critérios, o deslocamento de um familiar para acompanhamento do(s) terceiro(s) de volta ao local de sua residência permanente.

## **28. TRANSMISSÃO DE MENSAGENS URGENTE**

28.1. A PRESTADORA DE SERVIÇOS será encarregada de transmitir as mensagens urgentes e justificadas relativas a qualquer um dos eventos objetos das prestações contempladas neste CADERNO.

## **29. LOCALIZAÇÃO DE BAGAGEM**

29.1. A PRESTADORA DE SERVIÇOS proporcionará ajuda logística ao titular para obter informações sobre o extravio da bagagem junto a companhia aérea. **A PRESTADORA DE SERVIÇOS e a SOMPO SAÚDE SEGUROS NÃO se responsabilizam pela localização, entrega ou indenização da bagagem extraviada.**

## **30. TRASLADOS MÉDICO**

30.1. Em casos de emergência, a PRESTADORA DE SERVIÇOS organizará o traslado ao centro assistencial mais próximo para que o titular ferido ou enfermo receba atendimento médico. Quando a PRESTADORA DE SERVIÇOS recomendar o traslado para outro centro assistencial mais adequado, proceder-se-á à organização do mesmo, conforme as possibilidades do caso, nas condições e meios autorizados pela Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas e exclusivamente dentro dos limites territoriais do país onde tenha ocorrido o evento. Um médico ou enfermeira, conforme o caso, acompanhará o ferido ou doente, quando necessário.

## **31. REGRESSO SANITÁRIO**

31.1. A repatriação sanitária do segurado dar-se-á somente quando a PRESTADORA DE SERVIÇOS considerar necessário. A repatriação do segurado ferido até a sua residência será realizada em avião de linha aérea regular, com acompanhamento médico ou de enfermeira, se necessário, sujeito à disponibilidade de assento. Esta repatriação deverá ser expressamente autorizada e coordenada pela Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas.

31.2. Somente razões de índole médica, avaliadas e com autorização prévia da PRESTADORA DE SERVIÇOS serão levadas em conta para decidir a procedência ou a urgência do traslado do segurado. Se o segurado ou seus familiares decidirem efetuar o traslado, não respeitando a opinião da PRESTADORA DE SERVIÇOS, nenhuma responsabilidade recairá sobre a PRESTADORA DE SERVIÇOS ou a **SOMPO SAÚDE SEGUROS**, sendo o traslado, seu custo e suas consequências arcados somente por conta e risco do segurado ou seus familiares.

## **32. DOS LIMITES DE COBERTURA**

**32.2. Limite de Cobertura Garantida** – A cobertura de assistência em viagens detalhada no presente CADERNO estará limitada aos valores a seguir discriminados:

Coberturas	Nacional
DMHO – despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas em viagem nacional	R\$ 10.000,00
Traslado de corpo	R\$ 10.000,00
Regresso sanitário	R\$ 10.000,00
Traslado médico	R\$ 3.000,00
Retorno de acompanhante	R\$ 2.000,00
Regresso antecipado por ocorrência na residência	R\$ 2.000,00
Regresso de menores	R\$ 2.000,00
Despesas jurídicas em viagem	R\$ 2.000,00

Coberturas – Europa	Shengen 30
DMHOC – despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas complementares para doenças não preexistentes	€ 30.000,00
DMHO – despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas em viagem ao exterior	€ 30.000,00
Traslado de corpo	€ 3.000,00
Regresso sanitário	€ 20.000,00
Traslado médico	€ 10.000,00
Prorrogação de estadia	€ 2.500,00
Hospedagem de acompanhante – depois de 10 dias de internação	€ 2.500,00
Despesas jurídicas em viagem	€ 10.000,00
Despesas com fiança e despesas legais em viagem (antecipação)	€ 10.000,00
Atraso de voo – depois de 6 horas	€ 300,00
Regresso antecipado por ocorrência na residência	€ 2.000,00

Coberturas – Demais localidades (exceto Brasil)	Exterior 30
DMHOC – despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas complementares para doenças não preexistentes	USD 7.000,00
DMHO – despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas em viagem ao exterior	USD 2.500,00
Traslado de corpo	USD 2.000,00
Regresso sanitário	USD 15.000,00

Traslado médico	USD 10.000,00
Prorrogação de estadia	USD 2.500,00
Hospedagem de acompanhante – depois de 10 dias de internação	USD 500,00
Despesas jurídicas em viagem	USD 3.000,00
Despesas com fiança e despesas legais em viagem (antecipação)	USD 10.000,00
Atraso de voo – depois de 6 horas	USD 300,00
Regresso antecipado por ocorrência na residência	USD 2.000,00

32.2.1. Nos produtos onde o limite estiver expresso em mais de uma moeda e diferirem um do outro, estes não serão complementares entre si, em virtude de as somas computadas como despesas com assistência prestadas, para quaisquer dos montantes, serem dedutíveis entre si.

- Assistência médica por acidente
- Assistência médica por “enfermidades não preexistentes”
- Assistência médica por “enfermidades preexistentes”

### **33. DA INFORMAÇÃO MÉDICA**

33.1. O segurado autoriza, de forma absoluta e irrevogável, a PRESTADORA DE SERVIÇOS a requerer em seu nome qualquer informação médica a profissionais, tanto do exterior, quanto no país de sua residência, desde que se tenha como objetivo a avaliação de eventual aplicabilidade das restrições em casos de doenças crônicas ou preexistentes ou da afecção que tenha dado origem a assistência.

### **34. DAS EXCLUSÕES DE COBERTURAS**

34.1. Ficam expressamente excluídos da cobertura deste CADERNO, os seguintes gastos e eventos:

- a) Uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição às radiações nucleares ou ionizantes.
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, golpe militar ou usurpação de poder, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes.
- c) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.
- d) Lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado, ocorridos a menos de 2 (dois) anos do início de vigência do Plano.
- e) Vôo em aeronaves, exceto quando seja como passageiro pagando passagem em uma aeronave de asa fixa que pertença e seja operada por uma linha aérea ou companhia de frete de aeronaves devidamente autorizada para prover o transporte aéreo regular de passageiros.

f) Atos ilícitos ou contrários à lei, praticados pelo beneficiário, executor(es) ou administrador(es) ou herdeiros legais indicados pela pessoa segurada.

g) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro.

### **35. DO ATENDIMENTO**

35.1. O atendimento da Assistência Internacional e Nacional em Viagens pela PRESTADORA DE SERVIÇOS observará o disposto nas cláusulas abaixo.

35.2. A PRESTADORA DE SERVIÇOS disponibilizará aos “segurados abrangidos”, sua estrutura de assistência, mantendo suas condições operacionais e a eficiência necessária para o atendimento ágil e qualificado.

35.3. Entendem-se como “segurados abrangidos”, o titular e respectivos dependentes cadastrados no seguro Sompo Saúde, e vigentes na ocasião do atendimento, estando o **ESTIPULANTE** com os pagamentos dos prêmios mensais em dia.

35.4. Para cobertura Europa – Países Schengen, será necessária adesão mediante contratação constante na Proposta de Seguro e com prêmio mensal específico.

35.5. Os segurados da Sompo Saúde contemplados pela cobertura dos serviços de assistência em viagem, além do cartão de identificação, receberão carteirinha específica e manual de orientação, discriminando, resumidamente, os serviços de assistência em viagens cobertos e os telefones das Centrais de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas disponíveis.

35.6. Para a cobertura dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar, os segurados deverão observar o disposto nas Condições Gerais do seguro Sompo Saúde.

35.7. Caberá única e exclusivamente ao segurado o acionamento dos serviços de assistência em viagens disponibilizados pela PRESTADORA DE SERVIÇOS.

35.8. Em caso de emergência, e antes de se tomar qualquer medida pessoal que for razoável, o segurado deverá realizar chamada a cobrar (Collect Call) para um número “Toll-Free” no país onde o usuário se encontrar, e:

a) Portar o Cartão de Identificação da PRESTADORA DE SERVIÇOS.

b) Fornecer o seu nome, número de segurado e/ou apólice correspondente.

c) Mencionar o local e o número do telefone onde poderá ser contatado, ou seu representante.

d) Descrever resumidamente a emergência, bem como o tipo de ajuda que necessita.

e) Se o país onde o segurado se encontrar não tiver o sistema de comunicação Collect Call, ele deverá fazer a ligação sob sua responsabilidade e, ao retornar ao Brasil, deverá apresentar o comprovante à PRESTADORA DE SERVIÇOS para reembolso. Para que o custo de sua ligação Collect Call fique sob responsabilidade da PRESTADORA DE SERVIÇOS, o usuário deverá informar à operadora do hotel ou da empresa de telefonia que deseja efetuar uma ligação com estas características.

35.9. Não obstante qualquer outra disposição, em uma situação que envolva risco de vida, o segurado ou seu representante deverá providenciar uma transferência de emergência para um hospital mais próximo ao local

da ocorrência, através dos meios mais apropriados e imediatos, devendo, então, telefonar para a Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas a fim de prestar informações adequadas, assim que possível.

35.10. Os segurados deverão envidar os melhores esforços no sentido de atenuar e restringir os efeitos de uma emergência.

35.11. Qualquer queixa no que se refere aos eventos de assistência descritos nestas Condições Especiais deverão ser apresentadas por escrito.

## **36. DA VIGÊNCIA E DA RESCISÃO DO CONTRATO**

36.1. Em relação à vigência e rescisão do contrato deverão ser observados os critérios abaixo descritos.

36.2. O término da vigência do contrato implicará no encerramento automático de todos os serviços previstos no presente contrato, inclusive os serviços de assistência que estiverem em andamento, exceto na hipótese de internação hospitalar prevista na cláusula 4.2.2, alínea “g”.

36.3. A presente cobertura dos serviços de assistência em viagens poderá ser rescindida a qualquer tempo, quando se tornar inviável técnica e atuarialmente a sua continuidade através da empresa contratada para a prestação de serviços.

36.4. A Seguradora poderá substituir a atual PRESTADORA de SERVIÇOS dos serviços descritos nestas condições especiais por outra que viabilize a manutenção da cobertura, visando à qualidade e reequilíbrio técnico atuarial do produto, ou ainda, a sua continuidade, em detrimento do rompimento do contrato com a empresa prestadora dos serviços.

36.5. Para a aplicação do disposto na cláusula 36.2, a Seguradora deverá comunicar o Estipulante, por escrito, observando o prazo de 30 (trinta) dias de antecedência.

36.6. O prazo mínimo de permanência com este serviço é de 12 (doze) meses.

## **37. VALIDADE DAS COBERTURAS**

37.1. Os serviços da PRESTADORA DE SERVIÇOS deixarão de ter validade a partir do instante em que o segurado, de modo imediato, interromper sua viagem de maneira imprevista, qualquer que seja a razão, e regressar à sua residência habitual ou ao país de emissão do cartão.

## **CADERNO DE SERVIÇOS ESPECIAIS CONCIERGE**

A cobertura para o Concierge consiste no conjunto de serviços especiais disponibilizados ao Segurado, que abrangerá os seguintes serviços:

- a) Descontos em medicamentos Nacional e Importado sem limitação;
- b) Orientação Fitness limitada a 4 (quatro) por ano;
- c) Orientação nutricional limitada a 4 (quatro) por ano;
- e) Orientação psicológica limitada a 4 (quatro) por ano;
- f) Segunda opinião médica internacional limitada a 1 (um) por ano;
- g) Reforço escolar com professor particular nos casos de internação de longa permanência;
- h) Rede de descontos sem limitação;
- i) Indicação para Bem estar e Beleza sem limitação;
- j) Indicação Pet, incluindo hotéis e profissionais sem limitação;
- k) Check-up Lar – consultoria de acessibilidade domiciliar limitada a 1 (um) por ano;
- l) Serviço de Courier – coleta de documentos para reembolso e internação limitada a 2 (dois) por ano;
- m) Welcome Baby – Limitada a 1 (um) kit por nascimento;
- n) Indicação de profissionais (Rede Vip) sem limitação;
- o) Apoio no agendamento de exames sem limitação;
- p) Suporte administrativo à internação sem limitação;
- q) Apoio na autorização prévia de procedimentos.

---

São Paulo,            de            de            .

---

**ESTIPULANTE**

---

**SEGURADORA**  
Sompo Saúde Seguros S.A.

---

**Testemunha**

**Nome:**

**RG:**

**CPF:**

---

**Testemunha**

**Nome:**

**RG:**

**CPF:**



# SOMPO SAÚDE



## CENTRAL DE ATENDIMENTO

---

Grande SP: **(11) 3156-2990**

Demais Localidades: **0800 77 19 119**

Deficiente Auditivo e de Fala: **0800 77 19 759**

SAC Saúde (Informações, Cancelamentos  
e Reclamações): **0800 77 19 749**

Disk Fraude: **0800 15 3156**

Ouvidoria: **0800 77 32 527**

[www.sompo.com.br](http://www.sompo.com.br)