

Condições Gerais - 06

Allianz Saúde

Allianz 

ANS - N° 00051-5



Seguro Privado Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde (CG06)
PME5, PME50 e Empresarial

Índice

Condições Gerais

| | |
|--|----|
| 1. Qualificação da Seguradora..... | 5 |
| 2. Qualificação da Contratante..... | 5 |
| 3. Objeto..... | 5 |
| 4. Natureza Jurídica | 5 |
| 5. Formação de Preço..... | 6 |
| 6. Produtos Allianz Saúde Contratados..... | 6 |
| 7. Tipo de Contratação..... | 6 |
| 8. Serviços e Coberturas Adicionais..... | 7 |
| 9. Partes..... | 7 |
| 10. Definições | 9 |
| 11. Elegibilidade e Aceitação | 19 |
| 12. Coberturas do Seguro | 22 |
| 13. Despesas Não Cobertas | 29 |
| 14. Formas de Utilização do Seguro | 31 |
| 15. Períodos de carência e de Cobertura Parcial Temporária | 33 |
| 16. Reembolso..... | 36 |
| 17. Solicitação de Reembolso..... | 40 |
| 18. Mecanismos de Regulação | 41 |
| 18.1. Cartão de Identificação do Segurado..... | 41 |
| 18.2. Autorização Prévia..... | 42 |
| 18.3. Coparticipação..... | 42 |
| 18.4. Divergências Médicas..... | 44 |
| 19. Composição e Pagamento do Prêmio..... | 45 |
| 20. Vigência e Renovação Automática da Apólice..... | 47 |
| 21. Reavaliação do Prêmio - Reajuste..... | 48 |

| | |
|---|----|
| 22. Extensão da Cobertura para Segurado..... | 54 |
| 23. Término da Vigência de Cobertura para Segurado..... | 58 |
| 24. Cancelamento da Apólice | 60 |
| 25. Disposições Gerais | 61 |
| 26. Foro..... | 64 |

Anexo I: Coberturas Suplementares

Cobertura Suplementar aos Segurados Dependentes do Titular Falecido

Anexo II: Produtos Allianz Saúde Contratados

1. Qualificação da Seguradora

A **ALLIANZ SAÚDE S.A.**, doravante denominada **ALLIANZ SAÚDE** ou **SEGURADORA** sediada na Rua Eugênio de Medeiros, nº 303, 3º andar, Pinheiros, Cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, inscrita no CNPJ do Ministério da Fazenda sob nº 04.439.627/0001-02, é pessoa jurídica de direito privado, registrada sob nº 00051-5 na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e devidamente autorizada a operar como Seguradora Especializada em Seguro-Saúde.

2. Qualificação da Contratante

Pessoa Jurídica devidamente identificada e qualificada na Proposta de Seguro e Condições Especiais, que são, respectivamente, o documento preenchido com informações que qualificam o Estipulante e através do qual expressa a sua intenção de contratação do seguro e o documento que contém peculiaridades específicas da contratação. A Proposta de Seguro e as Condições Especiais são partes integrantes da Apólice, juntamente com estas Condições Gerais.

3. Objeto

Garantir a cobertura de custos assistenciais de forma continuada, pela faculdade de acesso e atendimento profissionais escolhidos, pertencentes ou não a rede referenciada, por conta e ordem do segurado, decorrentes de eventos cobertos, quais sejam, aqueles relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento, para o tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças – CID 10, observados os limites do Produto Allianz Saúde contratado e de acordo com as demais disposições desta Apólice, conforme previsto no inciso I, artigo 1º, da Lei 9656/98.

4. Natureza Jurídica

Trata-se o presente instrumento de Contrato de Seguro, regido pelo art. 757 e seguintes do Código Civil Brasileiro e pela Lei nº 9.656/98.

É contrato bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, e de adesão, conforme dispõe o art. 54, caput, do Código Brasileiro de Defesa do Consumidor.

5. Formação do Preço

A formação do preço deste seguro é preestabelecida, ou seja, o valor do prêmio é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

6. Produtos Allianz Saúde Contratados

Os Produtos Allianz Saúde ora contratados estão devidamente registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e seus números de registro e características estão especificados nos anexos que integram a Apólice.

7. Tipo de Contratação

7.1. O tipo de contratação da presente Apólice é Coletivo Empresarial, com segmentação assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, e com área geográfica de abrangência em todo o território nacional.

7.2. Os produtos contratados, bem como os seus respectivos tipos de acomodação, encontram-se descritos no anexo “Produtos Allianz Saúde Contratados”, e poderá ser:

- a. Coletiva (enfermaria):** correspondente a quarto com dois ou mais leitos hospitalares; ou,
- b. Individual (apartamento):** correspondente a quarto individual, com direito a acompanhante.

7.2.1. Caso não haja leito disponível conforme estabelecido para o Produto Allianz Saúde contratado em Hospital da Rede Referenciada, o segurado poderá ter acesso à acomodação superior, sem qualquer ônus adicional.

7.2.2. Caso haja disponibilidade de acomodação conforme Produto Allianz Saúde contratado pelo segurado, mas este opte por atendimento em acomodação superior, o mesmo pagará pelas diferenças de custos diretamente ao(s) Prestador(es), não existindo, neste caso, direito a qualquer reembolso pela Seguradora dos valores adicionais pagos.

7.2.3. Caso o segurado necessite de acomodação especial, como centro de terapia intensiva, unidades especiais, berçário, isolamento, entre outras, que não disponha de acomodação para acompanhante, cessa o direito do acompanhante a qualquer tipo de acomodação durante o período em que o segurado internado permanecer em acomodação especial.

8. Serviços e Coberturas Adicionais

8.1. São aqueles oferecidos pela Seguradora que não estão previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

8.2. Os serviços e coberturas adicionais, quando contratadas, estarão descritas no Termo de Serviços e Coberturas Adicionais, que será parte integrante destas Condições Gerais.

9. Partes

9.1. Administradora de Benefícios

É a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de Estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, nos termos da legislação específica vigente. (RN/ANS nº 196/09).

Quando a Administradora figurar como Estipulante, será responsável por prestar informações referentes à Pessoa Jurídica contratante, inclusive a comprovação de sua legitimidade, bem como a condição de elegibilidade do proponente passível de aderir ao seguro.

9.2. Coestipulante

Pessoa jurídica legalmente constituída, que propõe a contratação do seguro em conjunto com o Estipulante, nos termos do artigo 23 da RN/ANS nº 195/2009 ou normativa que venha alterá-la e que, sendo incluída no seguro, ficará subordinada às cláusulas e condições contratadas pelo Estipulante.

9.3. Corretor de Seguros

Corretor de seguros é o profissional do ramo securitário, com registro na Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, apto a promover ou intermediar contratos de seguros. Este pode atuar como autônomo, pessoa física ou pessoa jurídica, em uma corretora de seguros.

9.4. Estipulante

É a pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o presente Seguro Privado Coletivo Empresarial em benefício dos componentes do Grupo Segurável, ficando investida de poderes de representação dos segurados perante a ALLIANZ SAÚDE em

relação aos assuntos inerentes ao Seguro.

A qualificação da Estipulante será realizada nas Condições Especiais, parte integrante deste instrumento.

9.5. Grupo Segurado

É o conjunto de proponentes efetivamente aceitos e incluídos no Seguro.

9.6. Grupo Segurável

É o conjunto de proponentes, incluindo seus dependentes legais, que poderão ser incluídos no Grupo Segurado, mediante apresentação de documentação comprobatória de elegibilidade.

9.6.1. Dependentes Seguráveis

São o cônjuge ou companheiro(a), filhos – incluídos os adotivos – e enteados do Segurado Titular, solteiros, menores de 30 (trinta) anos de idade. Também poderão ser considerados como dependentes seguráveis, filhos e enteados solteiros de qualquer idade que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade, caso em que deverá ser comprovada a curatela, nos termos do artigo 1767, inciso I, do Código Civil Brasileiro.

9.7. Pessoa Jurídica Contratante

Pessoa jurídica empregadora, legalmente constituída, que poderá contratar o seguro diretamente com a ALLIANZ SAÚDE, ou por intermédio de Administradora de Benefícios na condição de Estipulante, em favor dos seus empregados, e nos termos da legislação e das Resoluções Normativas vigentes da ANS.

9.8. Proponente

Pessoa física que mantém vínculo empregatício direto com a Pessoa Jurídica Contratante, bem como o estagiário, o sócio, o administrador e o diretor, nos termos da legislação e das Resoluções Normativas vigentes da ANS, que propõe sua inclusão no seguro-saúde. O Proponente menor de idade, na concepção da lei, deverá ser representado por responsável legal.

9.9. Segurado

Pessoa Física em favor de quem o Estipulante contrata o Seguro Saúde Coletivo Empresarial **ALLIANZ SAÚDE**, sendo:

a. Segurado Titular: Pessoa Física com vínculo direto com o Estipulante, bem como o estagiário, o sócio, o administrador e o diretor, devidamente incluída no seguro-saúde coletivo empresarial, responsável pelas informações prestadas na Proposta Individual de Inclusão.

Os aposentados ou demitidos/exonerados sem justa causa, que tenham contribuído no pagamento do prêmio em decorrência de vínculo empregatício, poderão fazer parte do Grupo Segurado conforme descrito nestas Condições Gerais, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e da Resolução Normativa RN nº 279/2011 e suas atualizações.

b. Segurado Dependente:

- i.** Cônjuge ou companheiro(a);
- ii.** Filhos naturais ou adotivos do Segurado Titular menores de 30 (trinta) anos de idade;
- iii.** Enteados do Segurado Titular, solteiros, menores de 30 (trinta) anos de idade;
- iv.** Filhos e enteados do Segurado Titular, solteiros, de qualquer idade que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade, caso em que deverá ser comprovada a curatela, nos termos do artigo 1767, inciso I, do Código Civil Brasileiro.

A inclusão dos dependentes está condicionada à participação do Segurado Titular no seguro.

9.10. Subestipulante

Pessoa Jurídica legalmente constituída, pertencente ao grupo econômico do Estipulante nos termos da legislação pertinente, que poderá ser incluída na Apólice, ficando subordinada às cláusulas e condições contratadas pelo Estipulante.

10. Definições

10.1. Abrangência Geográfica

Extensão territorial em que o produto contratado possui cobertura médico-hospitalar pela Seguradora.

10.2. Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, involuntário, súbito e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessário atendimento em regime ambulatorial ou internação hospitalar.

10.3. Acidente de Trabalho

É o evento ocorrido com o segurado pelo exercício do trabalho a serviço da empresa empregadora, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho.

10.4. Acomodação

Tipo de acomodação que os segurados têm direito em caso de internação, que pode ser:

- a. Coletiva (enfermaria): correspondente a quarto com dois ou mais leitos hospitalares; ou
- b. Individual (apartamento): correspondente a quarto individual, com direito a acompanhante.

10.5. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

10.6. Agravo

Acréscimo no valor da contraprestação paga ao seguro-saúde, relativa à proponente(s) que se declare(m) portador(es) de doenças ou lesões preexistentes, a fim de possibilitar que estes tenham acesso integral à cobertura contratada após os prazos de carência contratual.

A oferta de Agravo pela Seguradora é opcional e deverá ser negociada com o Estipulante de acordo com a legislação e Resoluções Normativas vigentes.

10.7. Agrupamento de Contratos

Medida obrigatória, imposta pela ANS, que tem por finalidade promover a distribuição, para um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de todos eles, conforme definido na Resolução Normativa nº 309/12.

10.8. Apólice de Seguro

Documento emitido pela Seguradora ao Estipulante, que formaliza a contratação do seguro-saúde coletivo empresarial e estabelece os direitos e obrigações das partes.

Integram a Apólice estas Condições Gerais e seus anexos, as Cláusulas Suplementares (quando contratadas) e, em documentos apartados, as Condições Especiais, as Condições Particulares, os Aditivos, as Propostas Individuais de Inclusão, a Tabela de Procedimentos Cobertos TPC Allianz Saúde, o Guia de Leitura Contratual – GLC e o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde – MPS, bem como formulários e demais documentos necessários à operacionalização do Seguro.

10.9. Assistência Médica e Hospitalar

É o conjunto de atos médico-hospitalares ou complementares, compreendendo as ações necessárias à prevenção, recuperação, manutenção e reabilitação da saúde do Segurado, observados os dispositivos legais e as disposições da Apólice.

10.10. Atendimento Ambulatorial

É o atendimento que se limita aos serviços realizados em consultórios ou ambulatorios, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora não necessite de internação, depende de apoio de estrutura hospitalar por período não superior a 12 (doze) horas.

10.11. Autorização Prévia

É a autorização de atendimento fornecida pela Seguradora, por meio de senha, através da qual o segurado poderá realizar os procedimentos contratados junto à rede referenciada, dentro dos limites previstos na Apólice.

10.12. Carência

É o período corrido e ininterrupto, contado a partir da inclusão do Segurado no Seguro contratado, durante o qual o Estipulante ou o Segurado pagam as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

10.13. Cartão de Identificação Allianz Saúde

Cartão de identificação do segurado, individual e personalizado, utilizado para sua identificação perante a Seguradora e Rede Referenciada.

10.14. Cobertura

É a garantia de custeio direto pela Seguradora ao prestador da Rede Referenciada ou do reembolso das despesas havidas pelo Segurado no caso de livre escolha (respeitados os

limites contratuais), relativos à realização dos eventos e procedimentos médico-hospitalares definidos nestas Condições Gerais.

10.15. Cobertura Parcial Temporária – CPT

Cobertura assistencial que admite, num prazo de 24 (vinte e quatro) meses, contado a partir da data de inclusão do segurado na Apólice, a suspensão da cobertura de procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade (PAC), relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo segurado ou seu representante legal quando do preenchimento da Proposta de Inclusão. Os procedimentos de alta complexidade são definidos e atualizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

10.16. Condições Especiais

É o conjunto de cláusulas e parâmetros que especificam e complementam as Condições Gerais, e constituem a Apólice.

10.17. Condições Gerais

É o conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos às partes contratantes, aplicáveis a quaisquer dos Produtos Allianz Saúde contratados.

10.18. Condições Particulares

São as condições contratuais específicas e adicionais, aplicáveis especificamente a determinada Apólice.

10.19. Consulta de Retorno

Conforme definição do Conselho Federal de Medicina – CFM, é assim considerada qualquer consulta para fins de entrega e/ou avaliação de resultados de exames complementares ou, exclusivamente, para prescrição de medicamentos, mediante manifestação formal do prestador de serviços médico-hospitalares.

10.20. Condições Particulares

São as condições contratuais específicas e adicionais, aplicáveis especificamente a determinada Apólice.

10.21. Contrato Agregado ao Agrupamento de Contratos

Contrato que integra o Agrupamento de Contratos por conter, na data de apuração da quantidade de participantes, menos de 50 (cinquenta) segurados, conforme estabelecido pela Allianz Saúde por permissão do § 3º, do artigo 6º da Resolução Normativa nº 309/12.

10.22. Coparticipação

É a parte efetivamente paga pelo segurado à Seguradora referente às despesas com Assistência Médica e Hospitalar, tais como, consultas, exames, tratamentos e internações. Como fator moderador, aplica-se observando os Padrões de Seguro contratados e a categoria das despesas previamente definidas.

10.23. Declaração Pessoal de Saúde – DPS

É o formulário, parte integrante do contrato, que deve ser preenchido pelo Segurado Titular para registro de informações sobre as doenças ou lesões preexistentes de que saiba ser portador ou sofredor, bem como das quais tenha conhecimento no momento da contratação ou adesão contratual. O Segurado Titular deve também preencher as referidas informações sobre os dependentes que serão incluídos.

10.24. Doença ou Lesão Preexistente – DLP

Toda doença ou lesão que o segurado ou seu responsável saiba ser portador à época da contratação do Seguro, e que deve ser declarada na Proposta Individual de Inclusão, tornando-se aplicável a Cobertura Parcial Temporária ou o Agravado.

10.25. Emergência

Evento em que há risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o Segurado, atestado por declaração do médico assistente que presta atendimento ao mesmo.

10.26. Evento

Ocorrência e/ou serviço de Assistência Médica e/ou Hospitalar, decorrente de acidente pessoal ou doença, que tenha como origem ou causa dano involuntário à saúde do Segurado.

10.27. Evento Coberto

Todo evento ocorrido com o Segurado cujas despesas com Assistência Médica e Hospitalar estejam previstas dentro das coberturas do Produto Allianz Saúde contratado, incluídas as coberturas adicionais eventualmente contratadas.

10.28. Forma de Custeio

O custeio do seguro-saúde poderá ser:

- a. Contributário: Os segurados participam do pagamento do prêmio total ou parcialmente; ou,
- b. Não Contributário: Os segurados não participam do pagamento do prêmio. Nesse caso, o pagamento do prêmio é de responsabilidade integral do Estipulante.

10.29. Franquia

O valor até o qual a ALLIANZ SAÚDE não tem responsabilidade de cobertura, quando for estabelecida participação financeira do Segurado, tanto nos casos de reembolso por livre escolha de prestador como nos casos de pagamento à rede referenciada.

10.30. Hospital-Dia

É o regime de assistência intermediário entre a internação e o atendimento ambulatorial. O Hospital-Dia é indicado para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, quando a permanência do paciente na unidade é requerida por um período máximo de 12 (doze) horas.

10.31. Internação Hospitalar

Período de permanência hospitalar em regime de internação do Segurado para tratamento clínico ou cirúrgico:

Internação Clínica: motivada por uma causa não cirúrgica;

Internação Cirúrgica: motivada por cirurgia ou que no decurso da internação clínica tenha sido necessária a realização de procedimento cirúrgico.

10.32. Leitos de Alta Tecnologia

Aqueles destinados ao tratamento intensivo e especializado em unidades ou centros de terapia intensiva, semi-intensiva, coronariana, pediátrica ou neonatal, unidades de isolamento, terapias de pacientes queimados e terapia respiratória.

10.33. Limites de Cobertura

Valores máximos de cobertura a que o Segurado tem direito, definidos no Produto Allianz Saúde contratado, incluindo número de diárias e de sessões para as situações previstas na legislação vigente.

10.34. Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde – MPS e Guia de Leitura Contratual GLC

Documentos que têm por objetivo informar o segurado dos principais aspectos a serem observados no momento da contratação do seguro saúde e a facilitar a compreensão do conteúdo do seguro por meio da indicação das referências dos seus tópicos mais relevantes.

10.35. Manual do Segurado

Documento que contém instruções gerais para utilização do Seguro.

10.36. Médico Assistente

Profissional médico devidamente habilitado, pertencente ou não à Rede Referenciada, responsável pela orientação, avaliação, indicação e acompanhamento e aplicação da conduta médica.

10.37. Prêmio

Contraprestação paga mensal e antecipadamente pelo Estipulante à ALLIANZ SAÚDE para garantir aos Segurados as coberturas objeto da Apólice. Eventuais formas de contribuição do Segurado no custeio do prêmio estarão definidas nas Condições Especiais da Apólice.

10.38. Prestador

Pessoa Física ou Jurídica legalmente constituída e habilitada a prestar serviços de Assistência Médica e Hospitalar.

10.39. Procedimentos

São todos os atos médicos ou paramédicos relacionados na Tabela de Procedimentos Cobertos (TPC) Allianz Saúde, praticados ou não em regime de internação hospitalar, conforme necessidades inerentes à sua execução.

10.40. Procedimentos de Alta Complexidade – PAC

Aqueles relacionados no índice de procedimentos de alta complexidade que compõe o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data de realização do evento.

10.41. Produto Allianz Saúde

Conjunto de coberturas contratadas, composto pela abrangência geográfica, tipo de acomodação durante a internação hospitalar, Rede Referenciada de prestadores, múltiplos de reembolso, e, quando contratado, coparticipação. O Produto Allianz Saúde dos Segurados Dependentes será sempre o mesmo do Segurado Titular.

10.42. Proposta Individual de Inclusão

Documento através do qual um componente do Grupo Segurável propõe a sua inclusão em um dos Padrões de Seguro contratados pelo Estipulante, informando seus dados pessoais, bem como declarando suas condições de saúde e a de seus dependentes, para a análise de aceitação da **ALLIANZ SAÚDE**.

10.43. Proposta de Seguro

Parte integrante da Apólice, é o documento preenchido com informações que qualificam o Estipulante, através do qual o mesmo expressa a sua intenção de contratação do seguro.

10.44. Prótese

Qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido.

10.45. Rede Referenciada

Conjunto de Prestadores referenciados pela **ALLIANZ SAÚDE** e opcionalmente disponibilizados aos Segurados para assistência à saúde, respeitado o direito de livre escolha dos mesmos.

Quando utilizada a Rede Referenciada, o pagamento das despesas com eventos cobertos será efetuado pela **ALLIANZ SAÚDE** diretamente ao Prestador, por conta e ordem, e em nome do Segurado.

A Rede Referenciada de Prestadores é composta de acordo com cada Produto Allianz Saúde.

10.46. Reembolso

Ressarcimento ao Segurado Titular (ou seu representante legal) das despesas com Assistência Médica e Hospitalar, decorrentes de Evento Coberto, efetuadas pelo mesmo ou por seus dependentes em prestador não pertencente à Rede Referenciada, conforme cálculo e limites estabelecidos para o Produto Allianz Saúde contratado, respectivamente nas Condições Gerais e Especiais da Apólice.

10.47. Seguro Contributário

Aquele em que há contribuição do Segurado no custeio do prêmio do Seguro.

10.48. Seguro Não-Contributário

Aquele custeado totalmente pelo Estipulante, sem ônus relativos à prêmio para os Segurados.

10.49. Simulação ou Fraude

Entende-se como simulação e/ou fraude a utilização de subterfúgios, ou ainda, o engano dolosamente provocado ou indução maliciosa ao erro, bem como alegações inverídicas e omissões de qualquer natureza a fim de se obter vantagem ilícita.

10.50. Sinistralidade

Resultado obtido entre os valores de eventos ocorridos e prêmios emitidos durante o período de apuração, conforme metodologia prevista na cláusula “Reavaliação do Prêmio – Reajuste”.

10.51. Sinistro

Despesa resultante de toda e qualquer utilização, pelo segurado, das coberturas contratadas, cobertas pela Seguradora.

10.52. Tabela de Procedimentos Cobertos – TPC Allianz Saúde

Documento composto por Instruções Gerais e pela Tabela de Procedimentos Médicos Cobertos, registrada no 5º Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Cidade de São Paulo sob nº 1.316.049, que tem por base o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A TPC Allianz Saúde contém a relação de procedimentos médico-hospitalares, que servirá como base para o reembolso de despesas efetuadas e pagas como tratamento dos Segurados, bem como os valores básicos unitários em número de URF, por procedimento, para honorários médicos, exames complementares e terapias, a composição, o número de profissionais da equipe cirúrgica e o porte anestésico do procedimento.

A TPC Allianz Saúde poderá ser alterada (inclusão ou exclusão de procedimentos) em função das revisões periódicas dos procedimentos, dos custos médicos ou de acordo com o estabelecido pela legislação de saúde suplementar aplicável.

10.53. Tratamento Experimental

É experimental todo procedimento ou medicamento que não apresenta estudos finais (fase IV) para constatação de sua eficácia e segurança, bem como aquele que ainda não esteja registrado nos órgãos de regulação nacionais pertinentes (Ex.: ANVISA) ou que ainda não seja reconhecido pela comunidade médica como procedimento padrão, justificando, assim, a ausência de cobertura contratual.

É igualmente considerado experimental e sem cobertura contratual o medicamento empregado para tratamento diverso daquele indicado na bula (uso “*off label*”).

10.54. Unidade de Referência - URF

Unidade monetária padrão utilizada para cálculo de valores de reembolso e limites de cobertura dos Padrões de Seguro. O valor unitário da URF, em moeda nacional, será definido nas Condições Especiais da Apólice.

10.55. Urgência

Evento resultante de acidente pessoal ou complicações no processo gestacional, que exige atendimento médico-hospitalar imediato.

10.56. Variação de Custos dos Serviços Médicos Hospitalares – VCMH

Trata-se da variação de custos dos serviços médico-hospitalares (VCMH), de administração, de comercialização, dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e outras despesas incidentes na operação do seguro saúde.

10.57. Vigência do Seguro

É o período pelo qual o seguro estará em vigor.

11. Elegibilidade e Aceitação

11.1. Proponentes Elegíveis

São elegíveis a ingressar no Seguro todos os proponentes do Grupo Segurável que comprovem vínculo empregatício ou estatutário com o Estipulante, bem como os sócios e administradores devidamente constituídos, bem como o seu grupo familiar (nos termos dessas Condições Gerais).

O Proponente deverá solicitar sua inclusão na Apólice na data da contratação do Seguro Saúde Coletivo Empresarial ou no ato de sua vinculação ao Estipulante.

Não obstante a análise do pedido de inclusão a ser realizada na forma prevista nestas Condições Gerais, a inclusão de Proponente não elegível é da responsabilidade exclusiva do Estipulante e, em caso de ocorrência, haverá a obrigação do Estipulante ressarcir a ALLIANZ SAÚDE de todos os pagamentos que ela tenha realizado em razão da utilização indevida, acrescidos de taxa administrativa de 15% (quinze por cento), bem como de eventuais multas por ela suportadas junto à ANS.

11.2. Aceitação

11.2.1. A **ALLIANZ SAÚDE** fará a análise inicial de aceitação do Grupo Segurável após o recebimento de todas as Propostas Individuais de Inclusão completamente preenchidas, **podendo solicitar outros documentos que julgar pertinentes**. Após a análise, a **ALLIANZ SAÚDE** informará quanto à aceitação ao Estipulante ou Corretor de Seguros nomeado.

11.2.2. A **ALLIANZ SAÚDE** poderá solicitar ao Estipulante a documentação específica para comprovar seu vínculo jurídico com os componentes do Grupo Segurável. Do mesmo modo, para efeito de caracterização da dependência dos segurados dependentes, a **ALLIANZ SAÚDE** poderá solicitar documentação comprobatória, de acordo com o tipo de dependência declarada.

11.2.3. A comprovação de elegibilidade do Segurado Titular se dará por meio dos documentos abaixo:

- a) Na inclusão no início de vigência da Apólice: Relação de Trabalhadores atualizada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada;
- b) Na inclusão durante a vigência da Apólice: Registro de Empregado em papel timbrado (Ficha de registro) totalmente preenchido e assinado ou cópia da Carteira

Profissional de Trabalho e Previdência Social (CTPS);

- c) Sócios e Administradores: Documento societário comprobatório do vínculo com ao Estipulante;
- d) Estatutários: Nomeação publicada no Diário Oficial ou documento similar de vinculação ao Estipulante.

11.2.4. A inclusão do Proponente recém-vinculado ao Estipulante, bem como de seus dependentes, deverá ser solicitada em até 30 (trinta) dias, contados da celebração do contrato coletivo empresarial ou de sua admissão/vinculação à pessoa jurídica contratante, para que seja concedida a isenção do cumprimento dos prazos de carência e da Cobertura Parcial Temporária.

11.2.5. O cônjuge ou companheiro(a) elegível como Segurado Dependente será incluído no mesmo Produto Allianz Saúde do Segurado Titular, e sua inclusão deverá ser solicitada até o 30º (trigésimo) dia posterior à data do casamento ou coabitação, mediante apresentação de certidão de casamento ou declaração de união estável, para que seja concedida a isenção do cumprimento dos prazos de carência e da Cobertura Parcial Temporária.

11.2.6. O(a) filho(a) recém-nascido(a) do Segurado Titular, natural ou adotivo(a), será incluído como Segurado Dependente no mesmo Produto Allianz Saúde do Segurado Titular, e sua inclusão deverá ser solicitada até o 30º (trigésimo) dia posterior à data do nascimento, para que seja concedida a isenção do cumprimento dos prazos de carência e da cobertura parcial temporária.

11.2.7. O(a) filho(a) adotivo(a) do Segurado Titular, menor de 12 (doze) anos de idade, poderá ser incluído(a) no Seguro com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Segurado adotante, desde que a inclusão seja solicitada em até 30 (trinta) dias da adoção, e estará isento de Cobertura Parcial Temporária para Doenças e/ou Lesões Preexistentes.

11.2.8. A comprovação de elegibilidade do Segurado Dependente se dará por meio dos documentos abaixo:

- a) Cônjuge: Cópia da Certidão de Casamento;
- b) Companheiro(a): Declaração de União Estável com firma reconhecida em Cartório;

- c) Filho(a) até 30 (trinta) anos: Cópia da Certidão de Nascimento ou do RG;
- d) Enteadado(a) até 30 (trinta) anos: Declaração de dependência econômica com firma reconhecida por autenticidade e Cópia da Certidão de Nascimento ou do RG;
- e) Menor sob Tutela: Cópia autenticada do Termo de Guarda e cópia da Certidão de Nascimento;
- f) Filho(a) inválido de qualquer idade: Cópia da Certidão de Invalidez do INSS;
- g) Filho(a) adotivo: Cópia autenticada da Certidão de Guarda Definitiva ou Provisória.

11.2.9. Em caso de concessão de guarda judicial, temporária ou permanente, ao Segurado Titular guardião será permitida a inclusão do dependente menor, desde que a inclusão seja solicitada em até 30 (trinta) dias da ordem judicial que deferiu a guarda, para que seja concedida a isenção do cumprimento dos prazos de carência e da cobertura parcial temporária. Em caso de perda da guarda, o Segurado titular deverá comunicar este fato à **ALLIANZ SAÚDE** em até 30 (trinta) dias, sob pena de arcar com todas as despesas eventualmente incorridas pelo Segurado dependente após a perda desta condição.

11.2.10. Quaisquer dos Proponentes que solicitarem sua inclusão fora dos prazos previstos nos itens anteriores deverão cumprir integralmente os prazos de carências e o prazo da Cobertura Parcial Temporária – CPT para doenças e lesões preexistentes, previstos na Cláusula de “Períodos de Carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT” destas Condições Gerais.

11.3. Prazo Mínimo de Permanência e Transferência de Produto Allianz Saúde

11.3.1. A transferência do Segurado Titular e seus dependentes para um Produto Allianz Saúde imediatamente superior ou imediatamente inferior poderá ocorrer somente na data de aniversário da Apólice, prevista nas Condições Especiais, parte integrante da Apólice.

11.3.2. A solicitação de transferência de um Produto Allianz Saúde será avaliada pela ALLIANZ SAÚDE desde que o segurado tenha permanecido no Produto Allianz Saúde originalmente contratado por um período mínimo de 12 (doze) meses consecutivos.

11.3.3. Especificamente para a alteração para o Produto Allianz Saúde imediatamente inferior, a solicitação somente será aceita se o Segurado Titular e/ou seus Dependentes não tiverem tido despesas com internações nos últimos 12 (doze) meses.

11.3.4. A solicitação de transferência de Produto Allianz Saúde contratado deverá ser feita formalmente pelo Estipulante à **ALLIANZ SAÚDE**, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do aniversário da Apólice, prevista nas Condições Especiais, respeitado o prazo limite para envio de movimentação cadastral.

11.3.5. Poderá ser exigido o cumprimento de carências para a utilização dos prestadores exclusivos da Rede Referenciada imediatamente superior do novo Produto Allianz Saúde contratado.

12. Coberturas do seguro

São garantidos o reembolso ou pagamento, por conta e ordem do segurado, das despesas com Assistência Médica e Hospitalar efetuadas pelos segurados, decorrentes de eventos cobertos pela Apólice, para todas as doenças classificadas pela CID-10 da Organização Mundial de Saúde – OMS, de todos os procedimentos elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente à época do evento, observadas as diretrizes de utilização (DUT) e as diretrizes clínicas (DC).

As diretrizes de utilização (DUT) e as diretrizes clínicas (DC) definem critérios para a obrigatoriedade de alguns procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, sendo ambos editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS.

12.1. Coberturas Hospitalares

Referem-se ao reembolso ou pagamento, por conta e ordem do segurado, das despesas realizadas, decorrentes de Evento Coberto, nos limites fixados para o Produto Allianz Saúde contratado, desde a data da internação até a data da alta hospitalar, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, e respeitados os termos e condições previstos nestas Condições Gerais, a cláusula de Exclusões de Coberturas e os prazos de carências, quando houver, com:

- a) Honorários médicos, conforme rol de procedimentos vigente, de acordo com os procedimentos efetivamente realizados, despesas com internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, incluindo diárias em centro de terapias intensiva ou similar;
- b) Honorários do profissional médico anestesista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, caso haja indicação clínica;

- c) Segundo avaliação do médico assistente, os atendimentos hospitalares poderão ocorrer em regime designado como hospital-dia, conforme disposto nestas Condições Gerais;
- d) Cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, para a segmentação hospitalar, realizado por profissional habilitado por seu Conselho de Classe, conforme disposto na Resolução Normativa 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;
- e) Diárias hospitalares e diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou similar, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade, bem como as despesas (acomodação e alimentação fornecida pelo próprio hospital) relativas ao acompanhante para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, a partir de 60 (sessenta) anos de idade e com necessidades especiais;
- f) Exames complementares necessários ao diagnóstico ou controle da evolução do evento que determinou a hospitalização;
- g) Alimentação indicada pelo médico assistente;
- h) Serviços gerais de enfermagem e paramédicos;
- i) Taxas de equipamentos e demais taxas de utilização, quando relacionadas ao diagnóstico e tratamento do Segurado;
- j) Todas e quaisquer taxas descritas na TPC – Tabela de Procedimentos Cobertos durante o período de internação hospitalar;
- k) Medicamentos e materiais devidamente regularizados e registrados para finalidades específicas junto ao órgão oficial competente (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA), quando inerentes ao ato cirúrgico e destinados ao restabelecimento funcional específico, bem como anestésicos, gases medicinais, transfusões;
- l) Remoções, por ambulância terrestre, desde que sua necessidade e a impossibilidade de locomoção do Segurado por meios convencionais sejam justificadas pelo médico assistente pela falta de recursos oferecidos pela unidade de atenção ao paciente Segurado, dentro da área geográfica de abrangência do produto, de um prestador de serviços para outro prestador de serviços de mais imediato acesso, habilitado para o atendimento requerido, em ambulância simples ou ambulância Unidade de Terapia Intensiva – UTI;

m) Cobertura para os procedimentos abaixo descritos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:

- i.** Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- ii.** Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- iii.** Radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- iv.** Hemoterapia;
- v.** Nutrição parenteral e enteral;
- vi.** Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde à época do evento;
- vii.** Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- viii.** Radiologia intervencionista;
- ix.** Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- x.** Fisioterapia sem limites de sessões, que poderão ser realizadas tanto por profissional fisiatra ou fisioterapeuta, desde que listados Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- xi.** Transplantes de rim, córnea e medula óssea (autólogo e alogênico), incluindo as despesas assistenciais com doadores vivos e medicamentos utilizados durante a internação. Inclui, ainda, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes em referência, exceto medicação de manutenção e as despesas com captação dos órgãos;
- xii.** Ligadura Tubária, conforme previsto na Lei 9.263/96;
- xiii.** Atendimentos nos casos de planejamento familiar, conforme descrito no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- xiv.** Atendimento de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinflingidas;
- xv.** Próteses e órteses e seus acessórios, nacionalizados e reconhecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, exclusivamente ligados ao ato cirúrgico, utilizados e necessários à realização do ato cirúrgico objeto da cobertura, observando a cláusula de autorização prévia.

12.2. Limites de Cobertura Hospitalar:

- a)** A cirurgia bucomaxilofacial que necessite de ambiente hospitalar terá cobertura quando realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe (médico assistente ou cirurgião-dentista assistente). Neste caso, as despesas serão garantidas pelas Coberturas Hospitalares e incluem a cobertura de exames complementares, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, conforme despesas usuais ministradas durante o período de internação;
- b)** As despesas de acompanhante para o segurado menor de 18 (dezoito) anos, idoso a partir de 60 (sessenta) anos e o que possui necessidades especiais estão garantidas desde que fornecidas pelo hospital e relacionadas à alimentação básica (café da manhã, almoço, jantar) para 01 (um) acompanhante, sendo a alimentação, obrigatoriamente, da mesma proveniência da servida ao Segurado internado;
- c)** Para cobertura de transplantes de órgãos provenientes de cadáver, o Segurado deverá estar obrigatoriamente inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se ao critério de fila única de espera e seleção;
- d)** A cirurgia plástica somente terá cobertura se efetuada para restauração de órgão ou função, sem finalidade estética, observadas as previsões no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização definidas pela ANS;
- e)** Quando houver necessidade de permanência hospitalar para a realização de procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por impeditivo clínico, necessitem de internação hospitalar, estes deverão ser justificados por relatório do cirurgião-dentista assistente. Neste caso, essas despesas hospitalares serão garantidas pelas Coberturas Hospitalares e incluem a cobertura de exames complementares, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, conforme despesas usuais ministradas durante o período de internação;
- f)** Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução do procedimento odontológico ambulatoriais, mas que por impeditivo, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

- g) No caso de internação psiquiátrica, as diárias serão de cobertura total da **ALLIANZ SAÚDE** até 30 (trinta) por ano de vigência da Apólice, em Hospital Geral;
- h) A partir do 1º (primeiro) dia subsequente aos prazos definidos para o tratamento de transtornos psiquiátricos em situações de crise e de dependência química, haverá coparticipação correspondente a 40% (quarenta por cento) das despesas médicas e hospitalares incorridas, quando aplicável ao Produto Allianz Saúde contratado, conforme previsto nos anexos que integram a Apólice;
- i) Nos casos de reembolso, o valor correspondente à coparticipação nas internações psiquiátricas ou para tratamentos de dependência química previstos na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular ou seu representante legal;

12.3. Cobertura Obstétrica

Inclui os procedimentos relativos ao pré-natal e assistência ao parto e puerpério, para a Segurada titular e para a Segurada dependente, regularmente inscrita no seguro, e a cobertura de 01 (um) acompanhante indicado pela Segurada durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme indicado do médico assistente.

12.3.1. Limites da Cobertura Obstétrica

- a) O recém-nascido terá cobertura assistencial limitada até 30 (trinta) dias após o nascimento dentro da cobertura da Segurada (cônjuge ou companheira). Após este prazo, deverá ser requerida a inclusão do recém-nascido no seguro na qualidade de Segurado Dependente, nos termos destas Condições Gerais;
- b) Para o recém-nascido filho de Segurada Dependente filha, enteada ou tutelada, a cobertura assistencial é limitada a 30 (trinta) dias após o parto, sendo que o recém-nascido, neto do Segurado Titular, não será elegível a inclusão como dependente na Apólice.

12.4. Coberturas Ambulatoriais

Respeitados os termos e condições previstos nestas Condições Gerais, as exclusões de coberturas aqui ratificadas e os prazos de carências, estão compreendidos por este seguro saúde os atendimentos médicos realizados em consultório (consulta) ou em ambulatório (procedimento ambulatorial), definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período

superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

- a)** Consultas Médicas, efetuadas por profissional devidamente inscrito em Conselho Regional de Medicina – CRM nas clínicas básicas e especializadas, inclusive as obstétricas para pré-natal;
- b)** Despesas com serviços de apoio diagnósticos (exames), tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados por médico assistente devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina – CRM, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- c)** Cobertura de custos de consultas e sessões com fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional e psicólogo, respeitando o número de sessões, as Diretrizes de Utilização e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigentes à época do evento;
- d)** Cobertura de sessões de psicoterapia, respeitando o número de sessões, as Diretrizes de Utilização e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigentes à época do evento, podendo ser realizadas por psicólogo ou por médico devidamente habilitado;
- e)** Despesas com procedimentos de reeducação e reabilitação física previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, podendo ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- f)** Terapias Ambulatoriais consideradas especiais, incluindo: quimioterapia oncológica ambulatorial (respeitando as Diretrizes de Utilização e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigentes à época do evento), radioterapia, hemoterapia, ortóptica, litotripsia no aparelho urinário, hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD, procedimentos de hemodinâmica, entre outras terapias previstas na legislação de saúde suplementar e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- g)** Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros;
- h)** Consultas e sessões com terapeuta ocupacional e/ou psicólogo, respeitando o número de sessões, as Diretrizes de Utilização e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigentes à época do evento;
- i)** Vacinas preventivas nacionais, de acordo com o calendário oficial do Ministério da Saúde relativo ao “Calendário Básico de Vacinação da Criança”, por meio do sistema de Livre Escolha;

j) Cirurgias oftalmológicas, conforme descritas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

12.5. Remoção Inter-hospitalar

a) Será garantida a remoção terrestre do paciente para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos na Apólice, desde comprovada sua necessidade através de declaração do médico assistente.

b) Será garantida remoção inter-hospitalar, depois do atendimento de urgência ou emergência, quando caracterizado pelo médico assistente a falta de recursos pela unidade, para continuidade de atenção ao segurado, nos termos estabelecidos nestas Condições Gerais. A remoção será realizada em ambulância simples ou Unidade de Terapia Intensiva – UTI, conforme indicação médica.

12.6. Urgência e Emergência

a) Os atendimentos de urgência e emergência decorrentes de acidente pessoal têm cobertura ambulatorial ou hospitalar sem restrição;

b) Para os casos em cumprimento de carências para internação ou nos casos relacionados ao processo gestacional em cumprimento de carências ou, ainda, nos casos de doenças e lesões preexistentes sujeitos à Cobertura Parcial Temporária, a cobertura de urgências e emergências fica limitada até, no máximo, as 12 (doze) primeiras horas de atendimento em ambulatório (cobertura ambulatorial) ou em tempo menor, caso o atendimento evolua para internação hospitalar. Após a realização desse atendimento, a cobertura da **ALLIANZ SAÚDE** cessará, passando a responsabilidade financeira da continuidade do atendimento a ser do segurado, caso o mesmo opte por não ser removido para unidade do SUS;

c) Nos casos de segurados em cumprimento de carências para internação, processo gestacional e Cobertura Parcial Temporária, a **ALLIANZ SAÚDE** garantirá, depois de realizados os atendimentos de urgência ou emergência em sua Rede Referenciada, conforme descrito no item anterior, a cobertura de remoção inter-hospitalar **EXCLUSIVAMENTE** para uma unidade do SUS, via remoção terrestre. A responsabilidade da **ALLIANZ SAÚDE** cessará a partir da admissão do segurado na unidade hospitalar do SUS;

- d) Havendo impossibilidade de remoção por risco à vida, o segurado ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira e médica da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **ALLIANZ SAÚDE** desses ônus;
- e) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela em que, a **ALLIANZ SAÚDE** estará desobrigada de qualquer responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

13. Despesas não cobertas

13.1. Não estarão cobertas pelo Seguro as despesas relativas a:

- a) Procedimentos não previstos na Tabela de Procedimentos Cobertos - TPC, atualizada de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou em desacordo com as Diretrizes de Utilização, vigente na data do evento;
- b) Despesas que excederem os limites de cobertura do plano contratado ou realizadas e subsidiadas pelo segurado antes do início de vigência da Apólice;
- c) Consultas e procedimentos clínicos ou cirúrgicos de caráter experimental, inclusive o emprego de medicamento para tratamento diverso daquele indicado na bula (uso “*off label*”) e procedimentos não éticos (assim definidos sob o aspecto médico) e em especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- d) Cirurgias plásticas ou outros procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, tais como:
- a) Mamária (exceto a realizada após a retirada de tumores);
- b) Em couro cabeludo (inclusive implante de cabelos), face (olhos, boca e orelhas) e pescoço;
- c) De nariz (rinoplastia reparadora, rinoseptoplastia funcional e septoplastia cartilaginosa, por qualquer técnica, exceto quando comprovada a necessidade de restauração de função através de exames pré-operatórios);
- d) De dorso e membros;
- e) De abdome;
- f) Para correção de cicatrizes e/ou tatuagens por qualquer técnica;
- g) Lipoaspiração e lipoescultura de qualquer localização;
- h) Drenagem linfática;
- i) Eletrocoagulação de pêlos;
- j) Tratamento de queleide;
- k) Raspagem de pele (peeling);

- l)** Esfoliações (químicas ou mecânicas);
 - m)** Tratamento de estrias ou rugas;
 - n)** Tratamentos dermatológicos com laser;
 - o)** Órteses e próteses, tais como, aparelhos ortopédicos, lentes de contato, óculos e aparelho de surdez.
-
- e)** Materiais ou medicamentos importados não nacionalizados ou não regularizados ou registrados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para finalidades específicas;
 - f)** Materiais ou medicamentos para tratamento domiciliar, incluindo medicamentos via oral, de qualquer natureza;
 - g)** Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação cuja eficácia/efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC ou outra entidade que venha a substituí-la;
 - h)** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não vinculados ao ato cirúrgico;
 - i)** Remoção por meio de transporte aéreo ou marítimo e ainda remoção terrestre para consultas e/ou exames de pacientes não internados;
 - j)** Tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética, inclusive clínicas de emagrecimento; SPA's; tratamento ou estadia em estâncias hidrominerais; clínicas de repouso; clínicas ou hospitais para acolhimento de idosos ou permanência de pacientes crônicos; internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
 - k)** Métodos de fecundação, tais como fecundação “in vitro” e inseminação artificial, englobando consultas, exames, despesas hospitalares e quais quer procedimentos relacionados com este fim, bem como reversão de laqueadura e vasectomia;
 - l)** Necrópsia de adultos, crianças e fetos ou exames histopatológicos de placenta;
 - m)** Todo e qualquer transplante não previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
 - n)** Tratamentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive em decorrência de acidente pessoal, exceto os casos na especialidade bucomaxilofacial, decorrente de doenças e/ou acidentes pessoais cobertos pela Apólice, que necessitem de suporte em ambiente hospitalar;
 - o)** Cataclismos, guerras, revoluções, envenenamento de qualquer tipo, comoções internas, catástrofes, calamidades públicas, contaminação com material nuclear ou

radiação ionizante ou outras causas que atinjam maciçamente a população, quando declarados pela autoridade competente;

p) Despesas extraordinárias, tais como: uso de telefone, aluguel de televisores, frigobar, internet, estacionamento, alimentação - exceto alimentação nos casos de internação para o menor de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos e os que tenham deficiência, nos termos descritos nestas Condições Gerais – entre outras; materiais descartáveis de uso pessoal ou de higiene não necessários ao tratamento do Segurado (camisolas, chinelos, etc.); quaisquer despesas realizadas pelos Segurados não relacionados com a Assistência Médica;

q) Enfermagem particular em regime hospitalar ou domiciliar; tratamento domiciliar de qualquer natureza, inclusive *home care* e consultas domiciliares; serviços de acompanhante e/ou cuidador, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

r) Expedição de pareceres ou atestados para quaisquer fins, incluindo exames admissionais, periódicos e demissionais; check-up de qualquer natureza, inclusive quando programado por instituições ou hospitais; exames periódicos ou pontuais de qualquer natureza ou finalidade, tais como, realizados em clubes, academias de ginástica, colônia de férias, renovação da carteira nacional de habilitação – CNH, entre outros;

s) Compra, aluguel ou conserto de órteses, próteses ou acessórios não ligados ao ato cirúrgico, ainda que para reabilitação funcional, tais como pernas ou braços mecânicos, muletas, bengalas, aparelhos de surdez, próteses auditivas (exceto implante coclear), óculos, entre outros; lentes de contato ou similares de qualquer natureza; qualquer indicação preferencial de prótese ou materiais intracirúrgicos quando não estritamente necessários para o restabelecimento da função;

t) Doenças ou Lesões Preexistentes não declaradas previamente à assinatura da Proposta de Seguro, sem prejuízo das medidas legais cabíveis pela omissão;

u) Eventos ocorridos durante o período de carência, cobertura parcial temporária ou os que exijam a contratação adicional de coberturas - exceto aqueles considerados de urgência e emergência de acordo com a legislação de saúde suplementar vigente e descritos nestas Condições Gerais.

14. Forma de utilização do seguro

Os Segurados poderão utilizar as coberturas do Seguro das seguintes formas:

14.1. Livre Escolha (Reembolso)

O Segurado, a seu critério, poderá ser atendido por profissional ou estabelecimento de sua preferência, não constante da Rede Referenciada de Prestadores. Nestes casos, os

valores pagos pelo Segurado serão reembolsados de acordo com os limites estabelecidos pelo Produto Allianz Saúde contratado, estabelecidos nas Condições Gerais e Especiais da Apólice.

14.2. Rede Referenciada

14.2.1. A Rede Referenciada é o conjunto de médicos, laboratórios, clínicas, prontos-socorros e hospitais, opcionalmente colocados à disposição dos Segurados pela **ALLIANZ SAÚDE**, para prestar atendimento médico-hospitalar de acordo com o Produto Allianz Saúde contratado.

14.2.2. Quando assim optar, o Segurado poderá ser atendido por profissional ou estabelecimento constante da Rede Referenciada, devendo apresentar seu cartão de identificação **ALLIANZ SAÚDE** e documento de identidade válido.

Nestas situações, não haverá desembolso por parte do Segurado com as despesas relativas aos eventos cobertos, desde que observadas as condições da Apólice, inclusive os casos previstos de Autorização Prévia.

14.2.3. A Rede Referenciada poderá ser alterada, em qualquer época, por iniciativa dos próprios referenciados ou da **ALLIANZ SAÚDE**, respeitados os critérios estabelecidos na legislação vigente.

14.2.4. Caso o Segurado constate qualquer dificuldade de atendimento diretamente pelos prestadores da Rede Referenciada, deverá contatar diretamente Central de Atendimento da Seguradora para fins de cumprimento da garantia de atendimento prevista nas normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar –ANS.

A omissão do Segurado configurará em concordância com o recebimento do valor despendido pelo mesmo junto ao prestador referenciado, conforme os limites contratuais, nos mesmos moldes aplicados para a utilização por Livre Escolha.

14.2.5. O Segurado poderá consultar a Rede Referenciada da **ALLIANZ SAÚDE** através do site www.allianz.com.br/saude ou através da central telefônica Linha Direta pelos telefones: (11) 4001-5060 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 0800 701 8148 (demais localidades).

14.3. Sistema Misto

O segurado poderá optar pela utilização da Rede Referenciada de Prestadores juntamente com a Livre Escolha (prestador não referenciado). Neste caso, as despesas cobertas incorridas no Prestador referenciado serão assumidas pela ALLIANZ SAÚDE, que efetuará o pagamento, por conta e ordem do segurado, diretamente ao Prestador referenciado, enquanto as despesas decorrentes da Livre Escolha serão reembolsadas mediante solicitação, conforme previsto nestas Condições Gerais, respeitando os limites do Produto Allianz Saúde contratado pelo Segurado.

15. Períodos de carência e de cobertura parcial temporária

15.1. Carências

Não será exigido o cumprimento de carência ou Cobertura Parcial Temporária quando houver 30 (trinta) ou mais beneficiários, no momento da contratação do plano ou da inclusão de novos beneficiários, salvo nos casos de inclusões fora do prazo.

Serão considerados os prazos de carência, descritos no Quadro de Período de Carência e Cobertura Parcial Temporário (CPT) das Condições Especiais da Apólice, parte integrante das Condições Gerais, nas hipóteses de inclusão de Segurados após o prazo de 30 (trinta) dias do início da elegibilidade (admissão, nascimento, casamento, etc.) e nos casos de inclusões em Apólices com número de Segurados inferior a 30 (trinta), com base nos prazos expressos no quadro abaixo:

| Eventos | Prazos |
|---|----------|
| Urgência e emergência | 24 horas |
| Consultas, exames simples e remoções inter-hospitalares | 30 dias |
| Procedimentos especiais e exames especiais | 90 dias |
| Pequenas cirurgias ambulatoriais com anestesia local (porte zero), Terapias, Procedimentos de alta complexidade (PAC), Internações Clínicas e/ou Cirúrgicas e Vacinas | 180 dias |
| Parto a termo | 300 dias |

15.2. Cobertura Parcial Temporária e Agravo

15.2.1. Para os casos de inclusão de Segurados após o prazo de 30 (trinta) dias do início da elegibilidade (admissão, casamento, nascimento, etc.) e nos casos de inclusões em Apólices com número de Segurados inferior a 30 (trinta), fica assegurado à **ALLIANZ SAÚDE** o direito de suspender a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia

e Procedimentos de Alta Complexidade - PAC, relacionados a doenças e lesões pré-Existentes, pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, ou, a seu critério, oferecer Agravo sobre o prêmio.

15.2.2. Agravo, é qualquer acréscimo no valor do prêmio mensal pago à Seguradora para que o Segurado portador de doenças ou lesões pré-existentes tenha direito integral à cobertura contratada, inclusive para as Doenças ou Lesões Preexistentes declaradas, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a **ALLIANZ SAÚDE** e o Estipulante.

15.3. Doenças e Lesões Preexistentes

15.3.1. Doenças ou Lesões Preexistentes – DLP são aquelas que o segurado ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas nas Resoluções Normativas vigentes.

15.3.2. O proponente é obrigado a declarar todas as doenças e/ou lesões preexistentes de que saiba ser portador no momento da contratação ou de sua inclusão no seguro saúde, por meio da Declaração de Saúde, parte integrante destas Condições Gerais, sob pena de caracterização de fraude.

15.3.3. Para informar a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes, o segurado titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, acompanhado da Carta de Orientação ao Segurado, e poderá solicitar, caso tenha interesse, o auxílio de um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores referenciados pela Seguradora, sem nenhum ônus para o segurado.

15.3.4. Caso o segurado opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede referenciada da Seguradora, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

15.3.5. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o segurado para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, na qual são declaradas as Doenças ou Lesões Preexistentes das quais o segurado saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos

de cobertura e consequências da omissão de informações.

15.3.6. Sendo constatada por perícia, na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do segurado a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes que possam gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Seguradora oferecerá a Cobertura Parcial Temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do Agravo. Caso a Seguradora não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

15.3.7. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a Seguradora somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, uso de leito de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade quando relacionados às Doenças ou Lesões Preexistentes. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

15.3.8. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e nos limites destas Condições Gerais.

15.3.9. Durante os primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência, a Seguradora poderá comprovar o conhecimento prévio do proponente quanto à existência de doença e lesão, sendo que a omissão desta informação será caracterizada como fraude.

15.3.10. A Seguradora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do segurado sobre sua condição quanto à existência de Doenças ou Lesões Preexistentes.

15.3.11. Se for identificado indício de fraude por parte do segurado referente à omissão de conhecimento de Doenças ou Lesões Preexistentes por ocasião da adesão a este seguro saúde, a Seguradora comunicará a alegação de omissão de informação ao segurado por meio de Termo de Comunicação ao Beneficiário. Caso o segurado insista na omissão ou recuse a Cobertura Parcial Temporária, a **ALLIANZ SAÚDE** solicitará a abertura de processo administrativo junto à ANS para apuração da fraude.

15.3.12. Após julgamento e, acolhida a alegação da Seguradora pela ANS, o segurado passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com as Doenças ou Lesões Preexistentes, desde a data da efetiva comunicação da constatação das Doenças ou Lesões Preexistentes pela Seguradora, bem como será excluído do seguro saúde.

15.3.13. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do plano, até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

15.3.14. Caso a Seguradora ofereça Agravo e o mesmo seja aceito pelo Estipulante, sua formalização deverá ocorrer necessariamente por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa ao percentual ou valor e período de vigência do Agravo.

15.3.15. Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo nos casos de Doenças ou Lesões Preexistentes quando o número de participantes no seguro for igual ou maior a 30 (trinta) para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do seguro coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica Estipulante.

16. Reembolso

Este seguro garante o reembolso de despesas assistenciais, em razão da realização dos eventos cobertos, nos termos destas Condições Gerais, quando o segurado for atendido por profissional ou estabelecimento não constante da Rede Referenciada de Prestadores da **ALLIANZ SAÚDE**, de acordo com as condições abaixo.

16.1. A **ALLIANZ SAÚDE** procederá com o reembolso das despesas médico-hospitalares incorridas pelo Segurado, com- provadamente pagas e decorrentes de evento coberto, res- peitando os limites do Produto Allianz Saúde contratado, de acordo com a Tabela de Procedimentos Cobertos – TPC Allianz Saúde e a Unidade de Referência Financeira – URF vigentes na data do evento.

16.2. Para confirmar que o procedimento a ser realizado possui cobertura contratual antes da realização do evento, o Segurado poderá solicitar uma prévia de reembolso à Seguradora, exceto para casos de urgência e emergência.

16.3. A solicitação de prévia de reembolso deverá ser apresentada por meio de pedido médico formal ou formulário do profissional médico, o qual deverá estar devidamente assinado e constar o CRM e Especialidade do médico assistente.

16.3.1. No pedido médico mencionado acima deverá haver detalhamento dos valores por profissional envolvido, nomenclatura e número do código TUSS, além do CID ou hipótese diagnóstica, bem como deverá acompanhar os documentos complementares que embasem o pedido médico.

16.3.2. Havendo divergência entre a documentação apresentada para prévia de reembolso e a documentação entregue para o efetivo pagamento do reembolso, poderá ocorrer diferença no valor final de pagamento.

16.4. Os valores a serem reembolsados não têm vinculação com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à Rede Referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

16.5. Para cálculo de reembolso dos atendimentos em prestador de livre escolha serão considerados os múltiplos estabelecidos no seguro saúde contratado, de acordo com Quadro de Múltiplos de Reembolso, previsto nas Condições Especiais da Apólice, parte integrante desta Condições Gerais, o qual indica os múltiplos de reembolso aplicáveis para cada Produto Allianz Saúde contratado por categoria de procedimento.

16.6. O valor limite de reembolso em moeda nacional para procedimentos previstos na TPC Allianz Saúde é obtido através da seguinte fórmula:

$$VR = Q \times M \times URF$$

Onde:

VR: Valor de Reembolso em Reais (R\$);

Q: Quantidade de CH para cada procedimento, descrito na TPC Allianz Saúde;

M: Múltiplo de Reembolso, de acordo com o Produto Allianz Saúde contratado;

URF: Unidade de Referência do seguro vigente na data do evento.

16.7. Para as despesas de internações hospitalares, deverão ser observados os limites descritos no “Quadro de Limites de Reembolso de Despesas Hospitalares”, que representa a quantidade limite de URF, por dia, para as coberturas ali indicadas.

16.8. O Quadro de Limites de Reembolso de Despesas Hospitalares estará disposto nas Condições Especiais, parte integrante da Apólice.

16.9. O valor limite de reembolso das despesas de internações hospitalares é obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{VRDIH} = \text{QUD} \times \text{URF} \times \text{QD}$$

Onde:

VRDIH: Valor de Reembolso de Despesas de Internações Hospitalares em Reais (R\$);

QUD: Quantidade fixa de URF por dia, descrita no Quadro de Limites de Reembolso de Despesas Hospitalares;

URF: Unidade de Referência do seguro vigente na data do evento;

QD: Quantidade de Dias de internação.

16.10. Os valores reembolsáveis de honorários médicos incluem a assistência pré e pós-operatória nos casos cirúrgicos. Em internações hospitalares o reembolso de visitas médicas será limitado a 01 (uma) visita médica hospitalar por dia de internação e a 01 (um) médico por especialidade, exceto para casos justificados por relatório médico.

16.11. Para efeito de reembolso considera-se que as taxas de sala cirúrgica incluem a utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além de esterilização do material e os serviços de enfermagem, em estabelecimento de saúde devidamente registrado nos órgãos competentes para realização de procedimentos cirúrgicos.

16.12. As taxas de sala serão pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na TPC Allianz Saúde. Na hipótese de porte anestésico igual a zero, que significa a não previsão da participação de anestesista, o reembolso da taxa de sala não será devido.

16.13. As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagos de acordo com o constante da TPC Allianz Saúde para o procedimento realizado.

16.14. O valor correspondente à coparticipação previsto na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado.

16.15. O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular ou ao seu representante legal, em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data do protocolo do “Formulário de Solicitação de Reembolso”, juntamente com todos os documentos originais específicos para cada procedimento, sendo certo que a falta de qualquer documento exigível para o reembolso interromperá este prazo.

16.16. O reembolso será efetuado mediante **TRANSAÇÃO ELETRÔNICA** com crédito em conta corrente do Segurado Titular, dentro dos valores e limites contratuais estipulados para a cobertura.

16.17. O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo Segurado pelas respectivas despesas, bem como não será inferior ao valor praticado pela Seguradora junto a rede referenciada do respectivo plano de seguro.

16.18. É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso efetivamente pagos pela Seguradora.

16.19. Ainda que o Segurado tenha mais de um seguro contratado na **ALLIANZ SAÚDE**, em seu nome ou de outra pessoa (no qual seja incluído como dependente), ele terá direito ao reembolso uma única vez, nos limites do Produto Allianz Saúde constante na solicitação de reembolso, sendo vedada cumulação de reembolsos.

16.20. O Segurado poderá entrar em contato com a Central de Atendimento da **ALLIANZ SAÚDE** para obter esclarecimentos sobre a Tabela de Procedimentos Cobertos – TPC Allianz Saúde, entre outras informações relativas ao uso da Livre Escolha.

16.21. Anualmente o valor da URF será reajustado considerando exclusivamente o índice de variação dos custos médico-hospitalares.

17. Solicitação de Reembolso

Uma vez utilizado o Sistema de Livre Escolha, o Segurado poderá solicitar reembolso para os eventos, serviços e procedimentos cobertos pela Apólice, conforme disposto nestas Condições Gerais. Para tanto, o Segurado deverá entregar na **ALLIANZ SAÚDE** o “Formulário de Solicitação de Reembolso” devidamente preenchido, assinado e acompanhado da documentação necessária.

17.1. Documentação necessária para o reembolso:

17.1.1. Deverão ser apresentados os recibos ou notas fiscais originais, de cada Prestador envolvido no atendimento, quitados, com discriminação individualizada de cada item ou procedimento cobrado, com data de sua realização, contendo o preço unitário, quantidade, preço total e tipo de despesa.

17.1.2. Em cumprimento à Resolução Normativa nº 117/2005 da ANS, além da documentação padrão de reembolso, para reembolsos acima de R\$10.000,00 (dez mil reais) deverão ser enviadas cópias dos seguintes documentos pessoais do Segurado:

- a) RG ou Carteira Nacional de Habilitação – CNH;
- b) CPF; e
- c) Comprovante de Residência (conta de consumo).

17.1.3. A Seguradora se reserva o direito de solicitar documentos complementares e comprobatórios que se fizerem necessários para análise ou auditoria das informações apresentadas para reembolso.

17.1.4. A Seguradora somente se responsabilizará pelo reembolso das despesas comprovadas por meio da apresentação dos documentos entregues em um de seus escritórios, sob protocolo numerado, conforme prazo estabelecido nestas Condições Gerais.

17.1.5. Os recibos de honorários médicos deverão ser individualizados ou discriminados por Prestador, contendo os respectivos números de inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM), bem como, conforme o caso, os números de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), emitidos pelo Ministério da Fazenda.

17.1.6. Quando houver retirada cirúrgica de órgãos ou lesões, deverá ser anexada cópia do resultado do exame anatomopatológico que comprove o procedimento executado.

17.1.7. Em caso de remoção terrestre inter-hospitalar do Segurado, deverão ser apresentadas as notas fiscais originais quitadas ou recibos, acompanhados da justificativa médica e identificação do Prestador, discriminando o tipo de transporte utilizado, os locais de origem e de destino da remoção, recursos envolvidos e a data do atendimento, bem como a identificação do prestador do serviço com número de inscrição no CNPJ, endereço e CRM do médico responsável e do médico acompanhante, quando for o caso.

17.1.8. Em caso de vacinas nacionais constantes do “Calendário Básico de Vacinação da Criança”, publicado anualmente pelo Ministério da Saúde, deverá ser apresentada justificativa médica e discriminação do(s) tipo(s) de vacina(s), quantidade de dose(s) e data(s) da(s) aplicação(ões).

17.2. Todos os documentos apresentados para reembolso ficarão retidos na **ALLIANZ SAÚDE**, que emitirá anualmente o demonstrativo das despesas efetuadas e reembolsadas para fins fiscais.

17.3. As despesas efetuadas e efetivamente pagas pelo segurado no Exterior, decorrentes de evento coberto pela Apólice, poderão ser reembolsadas no Brasil, em moeda nacional, dentro dos limites estabelecidos nos itens precedentes para o Produto Allianz Saúde contratado. Os valores apresentados serão convertidos com base no câmbio oficial pela cotação de venda da data da prestação do serviço.

17.4. O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 01 (um) ano, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

18. Mecanismos de regulação

18.1. Cartão de Identificação do Segurado

18.1.1. O Cartão de Identificação do Segurado, emitido pela **ALLIANZ SAÚDE**, é o documento pessoal, intransferível e de exclusiva propriedade do Segurado detentor, identificando-o nas operações inerentes a este Seguro.

18.1.2. O Estipulante é responsável pelos Cartões de Identificação no que tange a distribuição, recolhimento, cancelamento e solicitação de segunda via.

18.1.3. O Estipulante é também responsável pelas despesas decorrentes de eventuais utilizações indevidas por roubo ou extravio não comunicado em até 24 (vinte quatro horas) à **ALLIANZ SAÚDE**, ou pela não devolução do Cartão de Identificação quando da exclusão do Segurado da Apólice, ou troca do Produto Allianz Saúde contratado. Estas despesas serão faturadas no mês subsequente ao da cobrança dos serviços realizados pelo Prestador, corrigidas monetariamente, quando for o caso, acrescidas de taxa administrativa de 15% (quinze por cento) bem como tributos que incidam sobre esta cobrança.

18.2. Autorização Prévia

18.2.1. Para a realização dos procedimentos abaixo relacionados, será necessária a autorização prévia e expressa da **ALLIANZ SAÚDE**, mediante solicitação e justificativa médica, bem como outros documentos eventualmente necessários:

- a) Toda e qualquer tipo de internação, seja ambulatorial (Hospital Dia), psiquiátrica, obstétrica, clínica ou cirúrgica com ou sem uso de materiais especiais, próteses, órteses ou matérias de osteossíntese;
- b) Remoções (transferências inter-hospitalares);
- c) Serviços de apoio diagnóstico; e
- d) Terapias e procedimentos ambulatoriais.

18.2.2. Para análise adequada da autorização prévia de procedimentos, a Seguradora reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares ao médico assistente, a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham tratado o Segurado anteriormente.

18.2.3. Os atendimentos de urgência ou emergência serão imediatos. Havendo evolução para internação, a solicitação de autorização para realização do evento deverá ocorrer no ato ou até o 1º dia subsequente ao atendimento.

18.3. Coparticipação

18.3.1. O mecanismo de regulação denominado coparticipação consiste no pagamento pela Estipulante, diretamente à Seguradora, de uma parte dos custos referentes aos

procedimentos de consultas, exames, internação e atendimento em pronto-socorro, quando realizados pelos segurados.

18.3.2. Os valores de coparticipação, serão calculados de acordo com a TPC vigente na data de contratação do plano de saúde e serão reajustados com base nos custos dos serviços médico-hospitalares (VCMH), dos preços dos insumos utilizados na prestação desses mesmos serviços e dos custos administrativos apresentados à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

18.3.3. Nas internações psiquiátricas, as coberturas serão garantidas integralmente, durante os 30 (trinta) primeiros dias de tratamento. A partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, dentro de um mesmo período anual de vigência do seguro, poderá haver cobrança de coparticipação das despesas médicas hospitalares do valor contratado.

18.3.4. Nos atendimentos em internação, quando houver coparticipação, o valor cobrado será único por atendimento/evento. Nas consultas, exames e atendimentos de pronto socorro, o valor da coparticipação será cobrado a cada consulta, exame e/ou procedimento individualmente.

18.3.5. A cobrança de coparticipação será efetuada na fatura mensal subsequente à data do evento, acompanhada de demonstrativo de custos individuais.

18.3.6. Para fins de cobrança de coparticipação, quando prevista, deverão ser observados os valores/percentuais constantes nas Condições Especiais, parte integrante desta Apólice.

18.3.7. O Estipulante reconhece, para todos os efeitos legais, como dívida líquida e certa em favor da Seguradora qualquer atendimento prestado a seus segurados, bem como o pagamento da coparticipação devida, após o cancelamento do seguro ou da exclusão do segurado, autorizando a Seguradora a emitir ou debitar em sua fatura e/ou recibo de cobrança o valor correspondente as eventuais despesas ocorridas, independentemente dos mecanismos de regulação a que a Estipulante tenha que recorrer objetivando recuperá-las posteriormente junto aos segurados, mesmo após o término de vigência da Apólice.

18.4. Divergências Médicas

18.4.1. As divergências de natureza médica relacionadas às coberturas deste Seguro-Saúde serão dirimidas por meio de Junta Médica, nos termos da Resolução Normativa nº 424/17 da ANS, ou alterações posteriores.

18.4.2. A Junta Médica será composta por 03 (três) três profissionais, quais sejam:

- a) O médico ou cirurgião-dentista assistente (do Segurado);
- b) O profissional da **ALLIANZ SAÚDE**;
- c) O desempatador.

18.4.3. O desempatador poderá ser escolhido de comum acordo e a qualquer momento pelo médico/cirurgião-dentista assistente do segurado e o profissional da **ALLIANZ SAÚDE**, devendo o mesmo ter habilitação em especialidade apta à realização do procedimento solicitado, de acordo com a definição do Conselho Federal de Medicina – CFM ou do Conselho Federal de Odontologia – CFO.

18.4.4. A Junta Médica será formada por profissionais médicos ou cirurgiões-dentistas, para dirimir divergência técnica sobre adequação da indicação clínica do médico ou cirurgião-dentista assistente, podendo ocorrer nas seguintes modalidades:

- a) Presencial: quando se fizer necessária a presença do segurado, de acordo com manifestação do desempatador;
- b) À distância: hipótese em que não for necessária a presença do segurado junto ao(s) profissional(is) médico(s) ou cirurgião(ões)-dentista(s).

18.4.5. Em caso de Junta Médica Presencial, a ausência não justificada do segurado implicará na prevalência da manifestação do profissional da Seguradora, sendo facultado ao segurado reiniciar o procedimento de autorização.

18.4.6. Cada parte pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do desempatador será paga pela **ALLIANZ SAÚDE**. Caso o médico assistente do segurado pertença à Rede Referenciada da **ALLIANZ SAÚDE**, não haverá ônus financeiro para o segurado.

19. Composição e pagamento do prêmio

19.1. O prêmio mensal da Apólice será equivalente à somatória dos prêmios dos respectivos segurados. O prêmio de cada Segurado por faixa etária e Produto Allianz Saúde contratado está expresso em URF na “Tabela de Prêmios Mensais por segurado em URF”, que consta das Condições Especiais.

19.2. Quando o cálculo do prêmio mensal da Apólice for opcionalmente feito com base nos prêmios médios para cada Produto Allianz Saúde contratado, esta condição será aplicável somente se a coluna “Prêmio Médio” da “Tabela de Prêmios Mensais por segurado em URF” estiver preenchida nas Condições Especiais, sendo este oriundo da composição da faixa etária do Grupo Segurável cotado.

19.3. Por força de normas vigentes, editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o prêmio mensal dos segurados inativos, isto é, que estejam sob o benefício dos artigos 30 (demitido) e 31 (aposentado) da Lei nº 9.656/98, poderá ser composto por faixa etária ou por prêmio médio (“prêmio médio tanto para os segurados ativos e inativos”), desde que haja previsão contratual expressa neste sentido.

19.4. Para a empresa Estipulante que optar pela composição do prêmio médio único, a legislação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS considera esta política como:

- a) Subsídio do ex-empregador; ou
- b) Financiamento dos empregados ativos no valor da contraprestação dos segurados inativos.

A forma de política será declarada pela empresa Estipulante nas Condições Especiais da Apólice.

19.5. Qualquer alteração na forma da política de custeio do prêmio médio mensal (subsídio do ex-empregador ou financiamento dos empregados ativos no valor da contraprestação dos segurados inativos) obriga a empresa Estipulante a comunicar prévia e expressamente a **ALLIANZ SAÚDE** acerca de nova política que será adotada.

19.6. Fica estabelecido que, em caso de alteração de alíquotas, substituição ou criação de novos tributos, seja pela esfera federal, estadual e/ou municipal, haverá repasse ao prêmio mensal.

19.7. Fica estabelecido que, caso a empresa Estipulante não apresente os documentos de movimentação dos segurados (inclusões, exclusões, alterações cadastrais ou comunicação de suspensão de atendimento, etc.) até a data estabelecida nas Condições Especiais, a **ALLIANZ SAÚDE** fica autorizada a cobrar os prêmios com base no mês anterior, mantida a mesma população segurada.

19.8. Pagamento do Prêmio

19.8.1. Conforme previsão da Cláusula 5 destas Condições Gerais, o tipo de formação do prêmio é preestabelecido, ou seja, o valor da contraprestação pecuniária é pago pelo Estipulante antes da utilização das coberturas contratadas.

19.8.2. Os prêmios serão pagos pelo Estipulante à **ALLIANZ SAÚDE** até a data limite expressa nas Condições Especiais da Apólice. Caso a data para pagamento do prêmio ocorra em feriado ou fim de semana, o pagamento poderá ser realizado no primeiro dia útil subsequente.

19.8.3. Os prêmios das inclusões ou exclusões retroativas, se e quando aceitas pela **ALLIANZ SAÚDE**, serão cobrados ou devolvidos ao Estipulante, com base no valor do prêmio do mês da fatura em que for realizado o movimento.

19.8.4. Nos casos em que a **ALLIANZ SAÚDE** autorizar movimentação retroativa, eventual crédito (compensação financeira) se dará na fatura subsequente, não fazendo o Estipulante jus a qualquer espécie de estorno em dinheiro.

19.9. Suspensão da Cobertura por Falta de Pagamento

19.9.1. Decorrido o prazo de vencimento do prêmio mensal sem que tenha sido efetuado o respectivo pagamento, as coberturas do seguro ficarão automaticamente suspensas, independente de interpelação judicial ou extrajudicial, responsabilizando-se o Estipulante pelas despesas ocorridas durante o período de suspensão.

19.9.2. Ocorrendo a suspensão das coberturas, os prêmios devidos deverão ser pagos até o 30º (trigésimo) dia posterior ao vencimento da parcela em atraso, momento em que a cobertura será reativada para os eventos ocorridos a partir do 1º (primeiro) dia subsequente ao pagamento do prêmio em atraso.

19.9.3. Sobre o prêmio vencido será acrescido juros de 1% ao mês (0,033 ao dia), bem como multa moratória no importe de 2% sobre o valor do débito em atraso.

19.9.4. O pagamento do prêmio mensal não quita prêmios anteriores em atraso, bem como não dá aos Segurados direito às coberturas do Seguro.

19.9.5. Após 30 (trinta) dias da data do vencimento do prêmio, não havendo o pagamento do prêmio mensal, o seguro estará cancelado automaticamente e a cobertura não poderá ser reativada.

20. Vigência da apólice e renovação automática

20.1. As datas de início e período mínimo de vigência, bem como a data do aniversário da Apólice estão expressas nas Condições Especiais.

20.2. Decorridos os 12 (doze) primeiros meses de vigência, a Apólice será renovada automaticamente, todo ano, por prazo indeterminado, salvo manifestação em contrário por escrito, por qualquer uma das partes, com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência da renovação.

20.3. Não haverá cobrança de taxas ou qualquer outro valor inerente ao ato de renovação.

20.4. Caso não haja manifestação nos termos da Cláusula 20.2, a Apólice será automaticamente renovada e o reajuste anual será regularmente aplicado pela **ALLIANZ SAÚDE** a partir do mês da renovação.

20.5. Caso a Vigência Inicial da Apólice seja superior a 12 (doze) meses, a rescisão imotivada antes do fim de vigência pactuado ensejará a cobrança de multa no importe de 03 (três) faturas, considerando-se a média das 12 (doze) últimas faturas emitidas.

20.6. Independentemente do que motivar o fim de vigência da Apólice, o Estipulante se responsabilizará pelo pagamento à **ALLIANZ SAÚDE** de eventuais despesas geradas pela utilização da Rede Referenciada por seus segurados após o fim de vigência, as quais serão corrigidas monetariamente, quando for o caso, e acrescidas de taxa de administração de 15% (quinze por cento), bem como tributos que incidam sobre esta cobrança.

21. Reavaliação do prêmio - Reajuste

21.1. Decorridos 12 (doze) meses da vigência da Apólice, no aniversário do contrato será aplicado o reajuste anual na fatura mensal, o que se repetirá todos os anos no aniversário da Apólice.

21.2. Conforme dispõe o normativo vigente, todo reajuste aplicado às Apólices será informado à ANS, no prazo legal.

21.3. A readequação do prêmio em razão da mudança de faixa etária não é considerada como reajuste, nos termos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

21.4. O prêmio mensal será reajustado a cada 12 (doze) meses, conforme legislação vigente, sendo o índice de reajuste total composto pelo reajuste financeiro e reajuste técnico (por sinistralidade) de forma cumulativa, conforme cláusulas abaixo:

21.4.1. Reajuste Financeiro

O prêmio mensal será reajustado no aniversário da Apólice com base na variação dos custos médico-hospitalares (VCMH), de administração, de comercialização e outros relacionados, apurados pela ALLIANZ SAÚDE no período compreendido entre março do ano anterior e fevereiro do ano corrente.

21.4.2. Reajuste Técnico (por sinistralidade)

21.4.2.1. Reajuste Técnico (por sinistralidade) – Apólices com até 49 (quarenta e nove) segurados

a) Anualmente, a ALLIANZ SAÚDE realizará apuração de todos os contratos que possuam até 49 (quarenta e nove) segurados no mês de início de vigência/aniversário da apólice para composição do Agrupamento de Contratos, que terá o percentual de reajuste calculado em conjunto com todo o grupo de apólices na mesma condição segundo regulação prevista na RN/ANS nº 309/12.

b) Para o cálculo do percentual de reajuste do agrupamento serão considerados apenas os contratos que possuírem no mínimo 06 (seis) meses de vigência.

c) Na apuração do índice de sinistralidade, serão considerados os valores de prêmios pagos e sinistros retidos de todas as apólices do agrupamento no período de apuração, acrescidos da provisão de sinistros ocorridos, mas não avisados (PEONA).

- d)** Na apuração do índice da sinistralidade não serão considerados os impostos incidentes sobre o prêmio pago.
- e)** O percentual de reajuste apurado será aplicado igualmente para todo o grupo de contratos do agrupamento, independente do plano contratado, conforme determinado pela normativa vigente da ANS.
- f)** As apólices terão como mês de referência para a primeira apuração da quantidade de Segurados o mês de início de vigência da Apólice. As apurações subsequentes considerarão a quantidade de Segurados ativos no mês de aniversário do contrato no ano anterior à aplicação do reajuste.
- g)** A análise de sinistralidade do agrupamento de contratos ocorrerá no mês de março de cada ano, considerando o resultado dos 12 (doze) meses imediatamente anteriores. A aplicação do índice de reajuste técnico do agrupamento será realizada de maio do ano em que foi realizada a apuração à abril do ano seguinte, respeitada a data de aniversário dos contratos e o intervalo de 12 (doze) meses do último reajuste.
- h)** O valor da mensalidade será reajustado em função da sinistralidade do agrupamento sempre que no período de apuração o Índice de Correção - IC for maior do que 1 (um), índice obtido através da fórmula abaixo:

$$IC = [S / (P \times 0,70)]$$

Em que:

S (Sinistros Retidos): sinistros retidos no período de avaliação, acrescidos da provisão de sinistros ocorridos mas não avisados (PEONA) conforme nota técnica atuarial submetida ao órgão regulador.

P (Prêmios Recebidos): Total de prêmios recebidos no período de avaliação.

- i)** A avaliação da sinistralidade considerará os sinistros retidos e mensalidades recebidas de todos os Segurados vigentes que integram o agrupamento de contratos, inclusive os Segurados em cobertura de extensão (demitidos e aposentados).
- j)** O percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos será divulgado pela Seguradora até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano em seu portal de internet, além de comunicar, no prazo devido, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- k)** O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos será único, sendo vedado qualquer tipo de variação, conforme determinação da normativa vigente.

l) Se no período de apuração for identificado que no mês de referência a apólice passou a ter quantidade de Segurados maior do que o estabelecido para este agrupamento, o reajuste anual (financeiro e por sinistralidade), será calculado de acordo com as regras estabelecidas para os contratos de seu novo enquadramento para os próximos 12 (doze) meses.

21.4.2.2. Reavaliação Técnica (por sinistralidade) – Apólices de 50 (cinquenta) até 199 (cento e noventa e nove) segurados

a) Todas as apólices emitidas que tenham entre 50 (cinquenta) e 199 (cento e noventa e nove) segurados no mês de referência serão agregadas automaticamente ao agrupamento e o seu percentual de reajuste será calculado em conjunto com todo o grupo de apólices na mesma condição.

b) As apólices terão como mês de referência para a primeira apuração da quantidade de Segurados o mês de assinatura do contrato. As apurações subsequentes considerarão a quantidade de Segurados ativos no mês de aniversário do contrato no ano anterior à aplicação do reajuste.

c) Na apuração do índice de sinistralidade serão considerados os valores de prêmios pagos e sinistros retidos no período de avaliação, acrescidos da provisão de sinistros ocorridos, mas não avisados (PEONA).

d) Para apuração do índice da sinistralidade não serão considerados os impostos incidentes sobre prêmio pago.

e) Não serão considerados na avaliação os prêmios e sinistros dos 02 (dois) primeiros meses de vigência das apólices.

f) Para o cálculo do percentual de reajuste do agrupamento serão considerados contratos enquadráveis que possuírem no mínimo 06 (seis) meses de vigência.

g) Serão considerados para a análise as apólices que possuírem no mínimo 06 (seis) meses de vigência.

h) A sinistralidade do agrupamento será apurada mensalmente para fins de cálculo do Índice de Correção - IC, que determinará o reajuste técnico a ser aplicado para cada apólice do agrupamento, considerando a fórmula abaixo:

$$IC = \left[\left(\frac{S}{P} \right) / 0,70 - 1 \right] \times 100 \times (CR)$$

Em que:

S (Sinistros Retidos): Total de sinistros retidos no período de observação acrescidos da provisão de sinistros ocorridos, mas não avisados (PEONA), conforme nota técnica atuarial submetida ao órgão regulador.

P (Prêmios Recebidos): Total de prêmios recebidos no período de observação.

CR (Coeficiente de Reajuste): Coeficiente aplicado de acordo com a tabela abaixo, considerando a sinistralidade de cada apólice do grupo no período de apuração:

| Sinistralidade Apólice | Coeficiente Reajuste (CR) |
|------------------------|---------------------------|
| 70,01% a 90% | 0,8 |
| 90,01% a 120% | 1 |
| Maior do que 120,01% | 1,2 |

i) Quando a sinistralidade do agrupamento for inferior a 70% (setenta por cento), não haverá reajuste técnico naquele período de apuração, sendo aplicado apenas o reajuste financeiro para cada apólice.

j) A avaliação da sinistralidade considerará todos os Segurados vigentes que integram o agrupamento, inclusive os Segurados em cobertura de extensão (demitidos e aposentados).

k) Se no período de apuração do reajuste, for identificado que no mês de referência a apólice passou a ter quantidade de Segurados que não cumpra os critérios do enquadramento do agrupamento, seja em número superior ou inferior, o reajuste anual (financeiro e por sinistralidade), será calculado de acordo com as regras estabelecidas para os contratos de seu novo enquadramento, para os próximos 12 (doze) meses.

21.4.2.3. Reavaliação Técnica (por sinistralidade) – Apólices com 200 (duzentos) ou mais segurados

a) Para os contratos com 200 (duzentos) ou mais segurados, o índice de sinistralidade será avaliado por apólice, individualmente.

b) Sempre que o índice de sinistralidade de cada apólice com 200 (duzentos) ou mais Segurados (verificado no período de apuração) exceder o patamar definido nas Condições Especiais, que integra estas Condições Gerais, haverá a aplicação do reajuste técnico sobre os prêmios.

c) Os novos prêmios serão formados pela multiplicação do prêmio atual pelo Índice de Correção – IC, sempre que o resultado for maior do que 1 (um), conforme fórmula abaixo:

$$IC = [S / (P \times E)]$$

Em que:

S (Sinistros Retidos): sinistros retidos no período de avaliação acrescidos da provisão de sinistros ocorridos mas não avisados (PEONA), conforme nota técnica atuarial submetida ao órgão regulador.

P (Prêmios Recebidos): Total de prêmios recebidos no período de avaliação.

E (Limite de Sinistralidade): Limite de sinistralidade conforme especificado nas Condições Especiais da Apólice.

d) A avaliação da sinistralidade considerará todos os Segurados vigentes, inclusive os Segurados em cobertura de extensão (demitidos e aposentados).

e) Se no período de apuração do reajuste for identificado que no mês de referência a apólice passou a ter quantidade de Segurados inferior a 200 (duzentas) vidas, o reajuste anual (financeiro e por sinistralidade), será calculado de acordo com as regras estabelecidas para os contratos de seu novo enquadramento, para os próximos 12 (doze) meses.

f) As apólices terão como mês de referência para a primeira apuração da quantidade de Segurados o mês de assinatura do contrato. As apurações subseqüentes considerarão a quantidade de Segurados ativos no mês de aniversário do contrato no ano anterior à aplicação do reajuste.

g) Na apuração do índice de sinistralidade serão considerados os valores de prêmios pagos e sinistros retidos no período de avaliação, acrescidos da provisão de sinistros ocorrido, mas não avisados (PEONA), que compreende o mês imediatamente anterior à data de apuração.

h) Não serão considerados na avaliação os prêmios e sinistros dos 02 (dois) primeiros meses de vigência das apólices.

21.5. Sinistros oriundos do Sistema Único de Saúde – SUS

21.5.1. O Estipulante é responsável pelas despesas dos atendimentos e/ou eventos realizados por seus segurados oriundos das cobranças apresentadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, pertinentes ao Ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde), cuja obrigação legal encontra se prevista no artigo 32 da Lei nº 9.656/98.

21.5.2. Os sinistros resultantes de toda e qualquer utilização do SUS - Sistema Único de Saúde pelos segurados do Estipulante serão regularmente contabilizados no período de apuração para fins de cálculo da sinistralidade da Apólice.

21.5.3. O fato gerador do sinistro advindo do Ressarcimento ao SUS será a data de intimação da **ALLIANZ SAÚDE** acerca da cobrança pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

21.5.4. Caso na data da intimação da cobrança pela ANS à **ALLIANZ SAÚDE** a Apólice esteja cancelada, a cobrança deverá ser ressarcida diretamente pelo Estipulante.

21.6. Readequação de prêmio por Mudança de Faixa Etária

21.6.1. Quando a contratação do Seguro se der por faixa etária, os prêmios dos Segurados que mudarem de faixa etária serão readequados automaticamente conforme os valores da “Tabela de Prêmios Mensais por Segurado em Reais (R\$)” prevista nas Condições Especiais da Apólice, aplicável no mês subsequente ao aniversário do segurado.

21.6.2. O valor fixado para a última faixa etária não será superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não será superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.

21.7. Quantidade Mínima de Segurados para Recálculo de Prêmios ou Manutenção da Apólice

21.7.1. Os Prêmios mensais, por Segurado, e, em cada Produto Allianz Saúde contratado, têm como base uma expectativa razoável da **ALLIANZ SAÚDE** em relação ao número de Segurados que irão compor o Grupo Segurado. Nas Condições Especiais da Apólice também estão especificados o número limite para recálculo dos prêmios e o número mínimo de segurados para manutenção da Apólice.

21.7.2. Caso a quantidade de Segurados fique inferior ao número limite para recálculo, mas superior ao número mínimo para manutenção, os prêmios serão recalculados considerando-se a nova composição do Grupo Segurado em até 30 (trinta) dias ou a apólice será cancelada pela **ALLIANZ SAÚDE**.

21.7.3. Caso a quantidade de Segurados fique inferior ao número mínimo para manutenção da Apólice a mesma poderá ser cancelada pela **ALLIANZ SAÚDE**.

22. Extensão de cobertura assistencial para demitidos e aposentados

22.1. Demitidos

22.1.1. Por força do disposto no artigo 30 da Lei nº 9.656/98, ao Segurado Titular que contribuiu comprovadamente para pagamento do prêmio do seguro-saúde durante o vínculo empregatício com a empresa Estipulante (“seguro contributivo”), e que teve rescindido seu contrato de trabalho sem justa causa, é permitida a permanência na Apólice coletiva com as mesmas coberturas e Produto Allianz Saúde contratado anteriores à demissão ou exoneração empresarial, desde que assuma o pagamento integral dos prêmios mensais, incluindo a coparticipação, quando houver.

22.1.2. O Estipulante é obrigado, no momento da rescisão do contrato de trabalho, a oferecer, por escrito, o benefício legal previsto no artigo 30 da Lei nº 9.656/98 ao Segurado demitido, e este deverá optar pela manutenção do mesmo num prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da comunicação inequívoca do benefício ao Segurado.

22.1.3. O período de manutenção do Segurado Titular no benefício legal será igual a 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que o mesmo tenha contribuído para o seguro até a rescisão do contrato de trabalho, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

22.2. Aposentados

22.2.1. Por força do disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656/98, ao Segurado Titular que contribuiu comprovadamente para pagamento do prêmio do seguro-saúde durante o vínculo empregatício com a empresa Estipulante (“seguro contributivo”) pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, e que teve rescindido seu contrato de trabalho por aposentadoria, é permitida a permanência na apólice coletiva empresarial, com as mesmas coberturas e Produto Allianz Saúde contratado anteriores à aposentadoria, desde que assuma o pagamento integral dos prêmios mensais, inclusive da coparticipação, quando houver.

22.2.2. Se o Segurado Titular aposentado contribuiu comprovadamente por período inferior a 10 (dez) anos, a manutenção na apólice coletiva da empresa Estipulante será à razão de 01 (um) ano de extensão para cada ano de contribuição.

22.2.3. O Estipulante é obrigado, no momento da rescisão do contrato de trabalho por aposentadoria, a oferecer, por escrito, o benefício legal previsto no artigo 31 da Lei nº 9.656/98 ao aposentado, e este deverá optar pela manutenção do mesmo num prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da comunicação inequívoca do benefício ao Segurado.

22.3. A manutenção de que trata toda esta Cláusula 22 é extensiva aos dependentes do Segurado Titular, inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, sendo possível a inclusão de novo cônjuge e filhos durante o gozo do benefício legal, observadas as mesmas condições e critérios para inclusão, manutenção e exclusão de segurados dependentes descritos nestas Condições Gerais.

22.4. Em caso de falecimento do Segurado Titular demitido ou aposentado, o direito de permanência dos dependentes é assegurado, respeitado o limite do prazo de extensão, bem como os demais requisitos para manutenção e exclusão de Segurados Dependentes descritos nestas Condições Gerais, além dos dependentes passarem a ser os responsáveis pelo pagamento integral dos prêmios mensais e coparticipação, quando houver.

22.5. O término extensão de cobertura do Segurado Titular demitido ou aposentado implica a exclusão automática dos seus Dependentes.

22.6. O Segurado Dependente será excluído da Apólice, também durante o período de extensão, quando deixar de atender às condições de dependência descritas nestas Condições Gerais.

22.7. Para o gozo do benefício de extensão de demitido ou aposentado previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, entende-se como contribuição:

a) Qualquer valor pago pelo empregado segurado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária do plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo

empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos como fator de moderação na utilização dos serviços de assistência médica;

b) O pagamento de diferenças, por opção do Segurado Titular, por outro Produto Allianz Saúde oferecido por seu Empregador em substituição ao originalmente disponibilizado sem a sua participação financeira (upgrade);

22.8. Ainda que não esteja ocorrendo o pagamento da contribuição no momento da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, para o cálculo do tempo de permanência no benefício de extensão será considerada a proporção ou soma dos períodos de contribuição que o segurado tenha efetuado no mesmo Empregador, devendo esta informação ser atestada por escrito pelo Empregador, possibilitando o cálculo do tempo de benefício legal pela **ALLIANZ SAÚDE**.

22.9. A coparticipação, única e exclusivamente no valor de procedimentos como fator moderador na utilização dos serviços de Assistência Médica e Hospitalar, bem como os valores relacionados à contribuição exclusiva para dependentes, não é considerada contribuição para fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, por força da legislação de saúde suplementar vigente.

22.10. A concessão do benefício legal de extensão do Seguro-Saúde prevista nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 deixará de existir automaticamente e sem necessidade de qualquer comunicação ao Estipulante, ao Segurado Titular e/ou a seus Dependentes, quando ocorrer qualquer uma das seguintes situações:

- i.** Admissão do Segurado Titular em novo emprego com possibilidade de ingresso em plano de assistência à saúde coletivo;
- ii.** Quando se encerrarem os prazos de manutenção descritos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98;
- iii.** Se ocorrer o cancelamento da Apólice coletiva por quaisquer das Partes;
- iv.** Pelo não pagamento do prêmio, ou parte dele, pelo segurado inativo por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, durante o período de vigência da Apólice.

22.11. As Condições Gerais, Especiais, Particulares e posteriores Aditivos da Apólice celebrados com a empresa Estipulante serão integralmente aderidos pelos Segurados demitidos e aposentados, incluindo as aplicações de reajustes, que obedecerão aos

mesmos períodos e percentuais de aplicação relacionados à Apólice. O mesmo aplica-se à coparticipação.

22.12. O direito de manutenção do benefício previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de acordos ou negociações coletivas de trabalho, devendo o prazo de extensão do seguro-saúde ser somado ao benefício legal por força de acordo coletivo de trabalho.

22.13. Garantidor

22.13.1. Conforme dispõem os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e a Resolução Normativa RN nº 279/2011 editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o Ex-Empregador será o garantidor do benefício legal para demitidos e aposentados (“segurados inativos”), não existindo qualquer contratação direta ou apólice de natureza individual/familiar entre os segurados inativos e a **ALLIANZ SAÚDE**.

22.13.2. A **ALLIANZ SAÚDE** poderá realizar a cobrança de prêmio dos Segurados demitidos e aposentados (“segurados inativos”), desde que por conta e ordem da empresa Estipulante da Apólice. Mesmo nesta hipótese, os segurados inativos continuarão vinculados à apólice coletiva empresarial mantida pela empresa Estipulante.

22.13.3. Em caso de cancelamento da apólice coletiva, os demitidos e aposentados seguirão com a empresa Estipulante para a nova Operadora que suceder a Apólice, pelos períodos garantidos pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, e assim sucessivamente.

22.13.4. Na reavaliação dos prêmios por sinistralidade, será considerada também a experiência de utilização dos segurados demitidos e aposentados.

22.13.5. Por força da RN nº 279/2011, o prazo de 30 (trinta) dias para que o demitido e/ou aposentado formalize a sua opção pelo benefício legal previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 somente poderá ser iniciado após a ciência inequívoca por parte do Empregador ao Ex-empregado, devendo ser formalizado tal oferecimento por escrito, bem como o Empregador deverá expressamente informar as disposições abaixo descritas na movimentação mensal de faturamento, para que a **ALLIANZ SAÚDE** possa processar a exclusão do segurado ou o converta em segurado inativo, a saber:

- i. Se o segurado foi excluído por demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- ii. Se o segurado demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra na condição de aposentado pelo INSS, mas que continuou trabalhando na empresa, isto é, aposentou-se no curso do contrato de trabalho vigente como Estipulante, sendo-lhe garantido o direito a optar pelo benefício legal no momento em que se desligar do Empregador na qualidade de aposentado;
- iii. Se o Segurado contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde oferecido pela empresa Estipulante (“plano contributivo”);
- iv. Por quanto tempo o Segurado contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde durante o contrato de trabalho, independentemente da Operadora;
- v. Se o Segurado optou pela sua manutenção como Segurado inativo ou se recusou a manter esta condição;

22.14. A exclusão do segurado da apólice somente será aceita pela ALLIANZ SAÚDE mediante comprovação de que o mesmo foi cientificado por escrito da opção do benefício legal previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, de acordo com as disposições acima descritas.

22.15. No ato da contratação da Apólice ou no momento da inclusão do empregado na apólice coletiva em curso, a empresa Estipulante obriga-se a informá-lo acerca do custo por faixa etária para optar pelo benefício legal previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, bem como em apresentar a tabela de preços por custo médio e por faixa etária, deixando-a atualizada e disponível a qualquer tempo para consulta de seus empregados.

23. Término da vigência de cobertura para segurado

23.1. O Segurado Titular será excluído da Apólice e perderá o direito às coberturas do Seguro nas seguintes situações:

- a) Pelo cancelamento da Apólice entre a **ALIANZ SAÚDE** e o Estipulante;
- b) Por solicitação expressa da Estipulante ou do Segurado Titular, por meio de formulário próprio;
- c) Pelo término do vínculo entre Segurado Titular e o Estipulante, ressalvadas as disposições sobre demitidos e aposentados;
- d) Por fraude comprovada, praticada pelo Segurado Titular, ou inobservância das obrigações estabelecidas por Lei ou nestas Condições Gerais;

e) Por ausência de pagamento dos prêmios do seguro à Allianz Saúde.

23.2. O Segurado Dependente será excluído da Apólice e perderá o direito às coberturas do Seguro nas seguintes situações:

- a) Pela perda da condição de dependência;
- b) Por solicitação do Segurado Titular;
- c) Pela exclusão do Segurado Titular;
- d) Pelo cancelamento da Apólice a **ALLIANZ SAÚDE** e o Estipulante;
- e) Por fraude praticada pelo segurado dependente ou inobservância das obrigações estabelecidas por Lei ou nestas Condições Gerais.

23.3. O término da cobertura do Segurado titular implica a exclusão automática dos seus Dependentes, exceto nos casos de remissão descritos nestas Condições Gerais.

23.4. Caso existam segurados internados na data prevista para o fim de vigência e houver a contratação de nova Operadora, o término da cobertura se dará regularmente na data prevista para o término da vigência da Apólice prevista, sendo que os Segurados seguirão com o Estipulante, passando a ser cobertos pela Operadora que suceder a Apólice firmada com a **ALLIANZ SAÚDE**.

23.5. O Estipulante se responsabilizará pelo ressarcimento à **ALLIANZ SAÚDE** das eventuais despesas ocorridas entre o término de vigência e a alta hospitalar, acrescidas de tributos que incidam sobre esta cobrança.

23.6. O término do vínculo existente entre a Estipulante e o Segurado Titular implica, para todos os fins e efeitos legais, no encerramento das coberturas, independentemente de solicitação de a sua exclusão de modo que a Estipulante se responsabiliza pelo ressarcimento à **ALLIANZ SAÚDE**:

- i. De todos os pagamentos que ele tenha realizado em razão da utilização indevida; e
- ii. De eventuais débitos de franquia ou de coparticipação por eventos havidos na vigência da cobertura do Segurado excluído.

23.7. O segurado perderá o direito às coberturas do Seguro quando ficar comprovado que foram omitidas ou são inverídicas as informações fornecidas que influenciaram na aceitação do Segurado no Seguro ou na caracterização da Assistência Médica e

Hospitalar prestada. Nos casos de fraude por omissão de doenças e/ou lesões preexistentes, serão observadas as diretrizes específicas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

24. Cancelamento da apólice

24.1. O seguro poderá ser cancelado imotivadamente, por iniciativa da Seguradora e/ou do Estipulante desde que na data do efetivo cancelamento a Apólice tenha completado os 12 (doze) meses iniciais de vigência.

24.1.1. O cancelamento de que trata a Cláusula 24.1 deverá ocorrer por meio de notificação por escrito de uma parte à outra, com observância de aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias de antecedência da data do efetivo cancelamento, ocasião em que todos os prêmios deverão estar quitados.

24.2. Cancelamento imediato e motivado do seguro por iniciativa da **ALLIANZ SAÚDE:**

- a)** Se o Estipulante entrar em recuperação judicial, decretação de falência, insolvência civil, liquidação judicial ou extrajudicial;
- b)** Pelo atraso dos pagamentos dos prêmios pelo Estipulante por período superior a 30 (trinta) dias da data de vencimento expressa no documento de cobrança, consecutivos ou não, no período de 12 (doze) meses, sem prejuízo das demais cominações legais que possam vir a ser tomadas, assim como no caso de utilização após o cancelamento da Apólice;
- c)** Quando a quantidade de Segurados for inferior ao número mínimo para manutenção da Apólice, conforme previsto nas Condições Especiais da Apólice;
- d)** Quando forem identificados pela **ALLIANZ SAÚDE** infrações ou fraudes, de qualquer natureza, inclusive tentada, do Estipulante ou dos Segurados;
- e)** A inobservância de qualquer cláusula ou condição prevista no presente instrumento;
- f)** Quando o Estipulante e/ou segurados não fizerem declarações verdadeiras e/ou completas na execução da presente Apólice e/ou na proposta de seguro que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio mensal, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro.

24.3. Cancelamento do seguro por solicitação do Estipulante:

- a)** Na hipótese de liquidação extrajudicial da Seguradora promovida pela ANS, nos casos expressos na legislação em vigor;

b) Não cumprimento das obrigações previstas neste instrumento, desde que haja comunicação prévia com prazo de 60 (sessenta) dias para o cumprimento da obrigação.

24.4. A Apólice será considerada cancelada no 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao término do aviso prévio, quando este for aplicável.

24.5. Em caso de cancelamento da Apólice por qualquer motivo, deverão ser observadas as seguintes condições:

a) Não haverá atendimento pela **ALLIANZ SAÚDE** para a realização de procedimentos em data posterior ao encerramento do aviso prévio;

b) Não serão admitidas novas inclusões de Segurados a partir da data de recepção do pedido de cancelamento.

24.6. A partir do 1º (primeiro) dia de cancelamento do seguro, termina para todos os efeitos legais a responsabilidade da **ALLIANZ SAÚDE** pelos atendimentos, passando imediatamente a ser de responsabilidade da Estipulante todas as despesas devidas após esta data, ainda que relacionadas a eventos cujo tratamento ou internação tenham se iniciado durante o período de vigência do contrato.

24.7. Na existência de segurados internados na data prevista para o fim de vigência da Apólice e havendo contratação de nova Operadora, o término da cobertura se dará regularmente na data prevista. Os Segurados seguirão com o Estipulante, passando a ser cobertos pela Operadora que suceder a Apólice firmada com a **ALLIANZ SAÚDE**.

25. Disposições gerais

25.1. Comprovação da Regularidade do Estipulante – Legitimidade

25.1.1. No momento da contratação, o Estipulante deverá apresentar à **ALLIANZ SAÚDE**, no mínimo, a documentação a seguir:

a) Para Sociedade Comercial: Cópias simples do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) e da última Alteração do Contrato Social, devidamente registrada na Junta Comercial;

b) Para Sociedade Civil: Cópias simples do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) e da última Alteração do Contrato Social, devidamente registrado em Cartório;

c) Para Sociedade Anônima: Cópias simples do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), do último Estatuto Social, atualizado e publicado no Diário Oficial e Atas de Assembleia, devidamente registrados.

25.1.2. A Seguradora é concedida o prazo de 20 (vinte) dias, contados da data de protocolo da proposta de adesão ou da solicitação expressa de inclusão de beneficiários, para proceder à inclusão solicitada.

25.1.3. Fica reservado a Seguradora o direito de solicitar documentos e informações complementares para proceder à inclusão solicitada. Nessa hipótese, o prazo previsto no item acima ficará suspenso.

25.2. Responsabilidade do Estipulante

25.2.1. Será de responsabilidade do Estipulante, além de outras estabelecidas nestas Condições Gerais e na legislação de saúde suplementar em vigor:

- a) Entregar ao Segurado Titular, previamente à sua inclusão no Seguro, o documento denominado “Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde”;
- b) Entregar, junto com o Cartão de Identificação do Segurado Titular, o documento denominado “Guia de Leitura Contratual”;
- c) Disponibilizar, sempre que solicitado pelo segurado titular, cópia das condições gerais do seguro contratado, contemplando, no mínimo, os temas descritos no “Guia De Leitura Contratual”;
- d) Exigir e comprovar os requisitos de elegibilidade dos Segurados, descritos nestas Condições Gerais, inclusive quanto aos dados cadastrais dos mesmos;

25.2.2. Os documentos descritos nas letras “a” e “b” serão disponibilizados pela **ALLIANZ SAÚDE** ao Estipulante e devem ser distribuídos aos Segurados Titulares com conteúdo integral, incluindo a fonte e o tamanho da letra utilizada (Times New Roman, 12, espaçamento simples) e em forma impressa ou digital, à escolha do Segurado Titular.

25.3. Disposições Diversas

a) Não caberá à **ALLIANZ SAÚDE** nenhuma responsabilidade no caso de qualquer eventualidade, acidental ou não, operatória ou não, em hospital, clínica, laboratório, consultório ou quaisquer outros locais, decorrentes de ato, opinião, tratamento ou procedimento médico ou hospitalar, resultantes de atendimento por qualquer Prestador

Referenciado ou não pela **ALLIANZ SAÚDE**.

b) A **ALLIANZ SAÚDE** ficará sub-rogada até o limite do montante pago por evento coberto na Apólice, valendo o recibo como instrumento de cessão, em todos os direitos e ações do Segurado contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tenham dado causa às despesas cobertas, obrigando-se o Segurado e/ ou Estipulante a facilitar os meios necessários ao exercício desta sub-rogação.

c) Quando solicitado, o Segurado e/ou Estipulante deverão apresentar à **ALLIANZ SAÚDE** documentos que comprovem o seu direito às coberturas, tais como relatórios médicos, cópia de exames complementares, prontuários médicos, prova de pagamento do reembolso efetuado, entre outros documentos necessários.

d) Quando julgar necessário, a **ALLIANZ SAÚDE** poderá solicitar perícia médica (2ª opinião) no Segurado, condicionando a liberação do procedimento requisitado à realização da perícia.

e) No caso de internação hospitalar, o Segurado desde já autoriza acesso às informações necessárias pela Auditoria Médica da **ALLIANZ SAÚDE**.

f) Na hipótese de a **ALLIANZ SAÚDE** vir a ser compelida a indenizar Segurados por eventos ou limites não contratados pela Estipulante, incluindo, mas não se limitando àqueles expressamente excluídos e os novos procedimentos não integrantes da versão da TPC (Tabela de Procedimentos Cobertos – ALLIANZ SAÚDE) contratada, a Estipulante arcará com o valor integral das indenizações pagas, inclusive eventuais custas processuais e honorários advocatícios.

g) Conforme normas vigentes da ANS, em caso de alteração da política de concessão de benefícios do Empregador, que resulte no cancelamento do fornecimento de plano privado de assistência à saúde aos seus empregados, isto é, em caso de não contratação de nova Operadora para suceder a Apólice que estava em curso com a **ALLIANZ SAÚDE**, esta deverá oferecer contratação na modalidade individual ou familiar, sem cumprimento de novos prazos de carências, se à época do fim de vigência da Apólice a **ALLIANZ SAÚDE** também comercializar produtos nas referidas modalidades, devidamente registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Ressalta-se, no entanto, que atualmente, a **ALLIANZ SAÚDE** não possui carteira e não comercializa produtos na modalidade individual ou familiar.

h) O Estipulante reconhece ser responsável perante a **ALLIANZ SAÚDE** em todas e quaisquer despesas de assistência médico-hospitalar decorrentes de demandas judiciais geradas por seus Segurados ativos ou excluídos, que a **ALLIANZ SAÚDE** seja compelida a arcar, mesmo após o cancelamento da Apólice.

26. Foro

Com renúncia aos demais, por mais privilegiados que sejam, fica eleito o Foro da Comarca do Estipulante, para dirimir quaisquer dúvidas ou questões decorrentes desta Apólice.

Coberturas suplementares

A cobertura suplementar abaixo prevista é contratada opcionalmente e, quando contratada, estará especificada nas Condições Especiais da Apólice.

Cobertura Suplementar de Assistência Médica aos Segurados Dependentes do Titular Falecido

Em caso de falecimento do Segurado Titular durante a vigência da Apólice, será garantido aos Segurados Dependentes isenção de pagamento de prêmio e continuidade do no Produto Allianz Saúde contratado durante a vigência da Apólice e pelo prazo definido nas Condições Especiais.

Serão beneficiários desta cobertura suplementar os Segurados Dependentes que foram incluídos e estejam ativos na Apólice até a data do falecimento do Segurado Titular, bem como filhos naturais deste, nascidos após esta data e regularmente incluídos.

Ficam mantidos coberturas e limites do Produto Allianz Saúde contratado no qual os Segurados Dependentes estejam incluídos na data de falecimento do Segurado Titular e início de vigência desta Cobertura Suplementar.

Se o Segurado Titular vier a falecer durante o cumprimento de carências, os Segurados Dependentes continuarão a cumprir as carências remanescentes aplicáveis.

Esta cobertura terá início a partir do primeiro dia do mês subsequente ao do falecimento do Segurado Titular cessando automaticamente no término do prazo limite especificado nas Condições Especiais ou caso a Apólice venha a ser cancelada.

Para validar a garantia desta cobertura, deverá ser encaminhado à **ALLIANZ SAÚDE** o cartão de identificação do Segurado Titular, acompanhado de cópia da Certidão de Óbito.