CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR ESPECIAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1°. É a garantia do pagamento ao segurado de diárias por internação hospitalar comprovadas em estabelecimento hospitalar de livre escolha do segurado, somente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar internado, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidos, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

Parágrafo único. Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

Art. 2°. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela quantidade de dias de internação hospitalar, observado o art. 1º. sendo limitado ao número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento coberto, observado o período de carência e a franquia simples.

§ 1º. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.

§ 2º. A reintegração do capital segurado relativo à garantia de diária por internação hospitalar é automática após evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 3º. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por internação hospitalar, multiplicando-se pelo número de dias de internação.

§ 4º. Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

2) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 3°. Além dos riscos constantes das condições gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, para a cobertura de diária por internação hospitalar, os abaixo especificados:

a) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos, cirrose hepática e hepatite crônica;

b) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro, e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;

c) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;

d) tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo

e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

f) tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);

g) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que as internações sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;

h) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;

i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;

j) angioplastia, endarterectomia. embolectomia, laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

k) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

l) qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidente pessoal;

m) tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidente pessoal;

n) qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;

o) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;

p) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;

q) internação domiciliar;

r) quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;

s) investigação diagnostica não seguida de tratamento efetivo durante a internação; e

t) qualquer classe de Neoplasia Maligna (Câncer) sem invasão ou "in-situ" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão.

3) FRANQUIA

Art. 4°. Será estabelecida franquia simples de 4 (quatro) dias, contada a partir da data do evento coberto, isto é, eventos com prazos inferiores ou iguais a 4 (quatro) não serão pagos e eventos com prazos superiores a 4 (quatro) dias serão pagos integralmente, sem o desconto da franquia.

4) CAPITAL SEGURADO

Art. 5°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

Parágrafo único. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 6°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

c) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

d) Formulário "Aviso para Concessão Benefício de Afastamento" preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente.;

e) Formulário Aviso de Alta Médica;

f) Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);

g) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

h) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente;

i) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

j) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente;

k) para internação deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s); e

l) cópia do prontuário médico;

m) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:

I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contracheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;

II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/ eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;

III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contracheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

6) BENEFICIÁRIOS

Art. 7°. O beneficiário será sempre o segurado principal.

7) CANCELAMENTO

Art. 8º. O seguro será cancelado caso o segurado receba o limite de diárias contratadas referentes a um mesmo evento gerador.