

CONDIÇÕES DE COBERTURA



BRASIL

VÁLIDO A PARTIR DE 1 DE MARÇO DE 2026

Conteúdo

ART. 1	ACORDO.....	3
ART. 2	EMIÇÃO DA APÓLICE	3
ART. 3	VIGÊNCIA DA COBERTURA.....	4
ART. 4	ELEGIBILIDADE E TÉRMINO DA COBERTURA	4
ART. 5	COMPARTILHAMENTO DE CUSTOS.....	7
ART. 6	ACESSO À REDE DE PRESTADORES.....	8
ART. 7	DISPOSIÇÕES DA COBERTURA	8
ART. 8	DESPESAS COBERTAS.....	8
ART. 9	OUTROS SERVIÇOS	23
ART. 10	EXCLUSÕES	24
ART. 11	REQUISITO DE NOTIFICAÇÃO PARA PRÉ-AUTORIZAÇÃO E COORDENAÇÃO	27
ART. 12	PROCESSO DE REEMBOLSO	29
ART. 13	ADMINISTRAÇÃO: ARTIGOS GERAIS	31
ART. 14	DEFINIÇÕES	39



MY
CHOICE™ Pro

ART. 1 ACORDO

Mediante o pagamento do prêmio devido, a Seguradora compromete-se a pagar as Despesas Cobertas e outros benefícios previstos nesta Apólice até o limite dos benefícios indicados na Tabela de Benefícios, por Segurado e por Ano da Apólice.

Todos os benefícios estão sujeitos aos termos e condições desta Apólice, incluindo, quando aplicável, a Franquia Individual e/ou a Coparticipação, conforme aqui definidos.

ART. 2 EMISSÃO DA APÓLICE

2.1 Esta Apólice foi negociada, emitida e entregue nas Bermudas. Esta Apólice é um plano de seguro-saúde internacional e pode não fornecer a cobertura obrigatória exigida pelas autoridades e pela jurisdição do País de Residência de um Segurado ou de qualquer outro país.

2.2 Direito de Dez (10) Dias para Exame da Apólice

O Contratante tem o direito de examinar e devolver a Apólice no prazo de dez (10) dias contados do seu recebimento, caso não esteja satisfeito com a cobertura oferecida.

A Apólice poderá ser devolvida diretamente à Seguradora ou por meio do Consultor Independente. Em caso de devolução, a Apólice será considerada nula, como se nunca tivesse sido emitida. A Seguradora reembolsará ao Contratante o prêmio pago, deduzido o valor cobrado a título de despesas administrativas.

2.3 Se a Apólice não for devolvida dentro do prazo de dez (10) dias, quaisquer solicitações de reembolso de prêmios serão processadas conforme previsto no artigo "Reembolsos de Prêmio Não Ganho".

2.4 Aviso Importante sobre a Solicitação de Seguro Saúde

A Seguradora emitiu a Apólice com base nas informações fornecidas pelo Segurado Titular na respectiva Solicitação de Seguro Saúde. Ao aceitar esta Apólice, o Segurado Titular declara que tais informações foram prestadas de boa-fé em nome de todos os Segurados. Independentemente de ser ou não relevante para um sinistro apresentado por um Segurado, qualquer não divulgação inadvertida, declaração falsa, ocultação, dolo, omissão de informações ou simulação contida na Solicitação de Seguro Saúde de qualquer Segurado que possa impactar a subscrição do risco ou resultar em possível agravamento do risco poderá constituir motivo para o cancelamento, término ou modificação da Apólice, a critério da Seguradora. A Seguradora somente será responsável por reembolsar o prêmio não ganho referente ao período remanescente até o término da vigência da Apólice, contado a partir da data de seu término, conforme previsto no artigo "Reembolsos de Prêmio Não Ganho". Caso seja constatado que qualquer declaração não foi prestada de boa-fé, teve a intenção de enganar a Seguradora ou foi, de outra forma, fraudulenta, a Seguradora não estará obrigada a devolver qualquer parcela do prêmio não ganho, conforme previsto no artigo "Fraude, Declaração Falsa, Omissão ou Engano".

2.5 Em caso de cancelamento, término ou modificação da Apólice, a Seguradora ficará isenta de qualquer responsabilidade pelo pagamento de benefícios e pelo cumprimento das obrigações nela previstas a partir da data de efetivação de tal cancelamento, término ou modificação.

ART. 3 VIGÊNCIA DA COBERTURA

Desde que o prêmio total aplicável tenha sido pago, a cobertura terá início às 00h01, no Horário Padrão do Leste (EUA), na Data de Vigência da Apólice e se encerrará às 24h00, no Horário Padrão do Leste (EUA), na Data de Renovação da Apólice.

A cobertura tem vigência de doze (12) meses e será renovada automaticamente por período equivalente, desde que seja efetuado o pagamento integral do prêmio devido, sujeita aos termos, condições, disposições, exclusões e definições da Apólice, e desde que não haja qualquer hipótese de fraude, declaração falsa, omissão ou qualquer outra conduta reprovável por parte do Segurado Titular ou de seus Dependentes Segurados, cujos termos renovarão sua vigência na Data de Renovação. A Apólice também será encerrada quando cancelada de acordo com o artigo "Fraude, Declaração Falsa, Omissão ou Engano". Não obstante o disposto acima, a cobertura de um Segurado poderá cessar quando a cobertura for encerrada para esse Segurado conforme previsto no artigo "Elegibilidade e Término da Cobertura".

ART. 4 ELEGIBILIDADE E TÉRMINO DA COBERTURA**4.1 Segurado Titular**

O Segurado Titular deverá atender aos seguintes requisitos no momento da emissão da Apólice:

- a. Seu País de Residência deve ser o Brasil.
- b. Deve ter entre dezoito (18) e setenta e quatro (74) anos de idade.
- c. Se tiver sessenta e quatro (64) anos de idade ou mais, deverá apresentar quaisquer evidências médicas ou documentação razoavelmente exigidas pela Seguradora para avaliar a elegibilidade.

A cobertura do Segurado Titular será encerrada em caso de falecimento ou:

- a. Se ele(a) se tornar Residente dos Estados Unidos a partir da próxima Data de Renovação da Apólice.
- b. Se o prêmio total aplicável não for pago.
- c. Se a Apólice for cancelada a pedido do Contratante.
- d. De acordo com as disposições do artigo "Fraude, Declaração Falsa, Omissão ou Engano".

4.2 Cônjuge ou Companheiro Segurado Dependente

O Cônjuge ou Companheiro Segurado deverá cumprir os seguintes requisitos quando sua cobertura entrar em vigor:

- a. Seu País de Residência deve ser o Brasil.
- b. Deve ter entre dezoito (18) e setenta e quatro (74) anos de idade.
- c. Se tiver sessenta e quatro (64) anos de idade ou mais, deverá apresentar quaisquer informações médicas adicionais exigidas pela Seguradora.
- d. Deverá apresentar comprovante de casamento ou outros documentos que comprovem a união estável com o Segurado Titular.

A cobertura do Cônjuge ou Companheiro Segurado será encerrada em caso de falecimento ou:

- a. Se ele se tornar Residente dos Estados Unidos a partir da próxima Data de Renovação da Apólice.
- b. Se o prêmio total aplicável não for pago.
- c. Se o vínculo com o Segurado Titular se encerrar por divórcio ou anulação, ou se a união estável se encerrar.
- d. Se o Contratante solicitar sua exclusão da Apólice.
- e. Se a Apólice for cancelada a pedido do Contratante.
- f. Em conformidade com as disposições do artigo "Fraude, Declaração Falsa, Omissão ou Engano".

4.3 Filho Dependente Segurado

O Filho Dependente Segurado deverá atender aos seguintes requisitos quando sua cobertura entrar em vigor:

- a. Seu País de Residência deve ser o Brasil.
- b. Deverá ser menor de dezoito (18) anos de idade e solteiro(a), ou ter entre dezoito (18) e vinte e quatro (24) anos de idade, ser solteiro(a) e estudante em tempo integral em Universidade ou Escola Credenciada.
- c. Deverá apresentar certidão de nascimento ou outro documento que comprove seu vínculo com o Segurado Titular.

A cobertura do Filho Dependente Segurado será encerrada em caso de falecimento ou:

- a. Se ele(a) se tornar Residente dos Estados Unidos a partir da próxima Data de Renovação da Apólice.
- b. Se o prêmio total aplicável não for pago.
- c. Se ele(a) se casar.
- d. Se ele(a) tiver entre dezoito (18) e vinte e quatro (24) anos de idade e, até a próxima Data de Renovação da Apólice, deixar de ser estudante em tempo integral em Universidade ou Escola Credenciada.
- e. Na Data de Renovação da Apólice subsequente ao atingimento de vinte e quatro (24) anos de idade.
- f. Se o Contratante solicitar sua exclusão da Apólice.
- g. Se a Apólice for cancelada a pedido do Contratante.
- h. Em conformidade com as disposições do artigo "Fraude, Declaração Falsa, Omissão ou Engano".

4.4 Não se aplica idade máxima para renovação ao Segurado Titular, ao Cônjuge ou ao Companheiro.

4.5 Continuidade da Cobertura para Dependentes Segurados

- a. Um Filho Dependente que deixe de se qualificar como Filho Dependente Segurado em razão de sua idade ou estado civil poderá solicitar sua própria Apólice, em plano similar, sem se submeter a nova avaliação de subscrição, mediante o preenchimento do Formulário de Solicitação de Continuidade de Cobertura e o pagamento integral do prêmio devido antes do término do Período de Graça da Data de Renovação imediatamente subsequente ao evento correspondente. Na nova Apólice individual, o novo Segurado Titular estará sujeito aos mesmos termos, condições, Endossos, exclusões e restrições aos quais estava sujeito na qualidade de Filho Dependente Segurado sob a Apólice anterior.
- b. Se o Segurado Titular tornar-se inelegível, os Dependentes Segurados poderão solicitar cobertura por meio de uma ou mais novas Apólices de seguro, em plano similar, sem se submeter a nova avaliação de subscrição, desde que permaneçam elegíveis para cobertura. A nova Apólice estará sujeita aos mesmos termos, condições, Endossos, exclusões e restrições aos quais os Dependentes Segurados estavam sujeitos sob esta Apólice. Para tanto, deverão encaminhar à Seguradora o Formulário de Solicitação de Continuidade de Cobertura e o pagamento integral do prêmio devido antes do término do Período de Graça da Data de Renovação da Apólice sob a qual figuravam como Dependentes Segurados.
- c. Para receber os benefícios de Assistência à Gestação e Parto, Complicações na Gestação e Parto, e Extração e Preservação de Células-tronco sob o Módulo de Maternidade, uma Filha Dependente Segurada que tenha permanecido coberta por mais de dez (10) meses na Apólice de seus pais deverá solicitar cobertura em sua própria Apólice individual, na qualidade de Segurada Titular ou de Cônjuge ou Companheira Segurada, em plano similar que contenha os mesmos benefícios de maternidade do plano de seus pais. O Período de Carência de Benefício de dez (10) meses para usufruir de tais benefícios será dispensado no momento da emissão da nova Apólice apenas quando isso estiver previsto na Tabela de Benefícios.

4.6 Inclusão de Recém-Nascidos

- a. Uma criança recém-nascida resultante de Maternidade Coberta sob o Módulo de Maternidade que não seja decorrente de Tecnologia de Reprodução Assistida poderá ser incluída na Apólice como Filho Dependente Segurado sem estar sujeita à subscrição médica, desde que a criança se qualifique como Filho Dependente, a Seguradora seja notificada em até sessenta (60) dias da data de nascimento do recém-nascido e receba uma cópia da certidão de nascimento, e seja recebido o valor adicional de prêmio aplicável para assegurar o Filho Dependente. Para recém-nascidos não incluídos em até sessenta (60) dias da data de nascimento, deverá ser apresentada uma Solicitação de Seguro Saúde, e eles deverão passar por uma avaliação de subscrição.
- b. Um Filho Dependente recém-nascido que não resulte de Maternidade Coberta sob o Módulo de Maternidade ou que resulte de Tecnologia de Reprodução Assistida tornar-se-  um Filho Dependente Segurado nos termos desta Apólice mediante a apresentação de uma Solicitação de Seguro Saúde, aceitação pela Seguradora e o recebimento do valor adicional de prêmio aplicável para assegurar o Filho Dependente.

ART. 5 COMPARTILHAMENTO DE CUSTOS**5.1 Franquia**

Esta Apólice contém uma disposição de Franquia que deve ser cumprida antes que as Despesas Cobertas se tornem pagáveis nos termos desta Apólice. As Franquias Individuais e Familiares estão sujeitas a quaisquer dispensas ou outras condições aqui previstas. Sua Franquia está especificada em seu Certificado de Cobertura.

5.1.1 Quaisquer Despesas Cobertas incorridas pelo Segurado durante os últimos três (3) meses do Ano da Apólice que sejam utilizadas para cumprir a Franquia Individual daquele Ano da Apólice serão transferidas e aplicadas para fins de cumprimento da Franquia Individual do Segurado no Ano da Apólice subsequente.

5.1.2 Em caso de Acidente Grave, conforme definido nesta Apólice, a Franquia Individual será dispensada para a primeira Internação Hospitalar Clinicamente Necessária imediatamente após o referido Acidente Grave. Qualquer tratamento subsequente estará sujeito à Franquia Individual.

5.1.3 A Franquia Individual será dispensada até o valor máximo de cinco mil dólares (US\$5.000) por evento no caso de Emergência, conforme definida neste documento, que ocorra enquanto o Segurado estiver viajando a negócios ou turismo fora de seu País de Residência, mas dentro de sua Área de Cobertura, conforme definida neste documento. O Segurado deverá apresentar comprovante de viagem, como passaporte com as respectivas datas de entrada/saída ou cópia de visto de negócios/turismo (não imigrante). Este benefício cobre tratamentos Clinicamente Necessários incorridos ou recebidos em Hospital, pronto-socorro, centros de atendimento de urgência, clínicas ambulatoriais e consultórios particulares, e está sujeito às seguintes considerações:

- a. Eventos relacionados a Condições Crônicas de saúde, tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus etc., somente se qualificarão para este benefício se o paciente tiver permanecido estável e sem alterações no tratamento da condição em questão por, no mínimo, os últimos seis (6) meses anteriores à Emergência.
- b. A Franquia Individual será dispensada apenas para despesas Clinicamente Necessárias incorridas ou indicadas durante o atendimento da referida Emergência. Um acompanhamento imediato Clinicamente Necessário, realizado dentro de quinze (15) dias e relacionado ao mesmo evento, também estará isento da Franquia Individual. Para quaisquer outros eventos médicos ou tratamentos adicionais, incluindo, entre outros, Fisioterapia e de reabilitação e Medicamentos de Prescrição, aplicar-se-á a respectiva Franquia Individual.

5.1.4 A Franquia Individual será reduzida em cinquenta por cento (50%) para o Segurado que não tenha apresentado sinistros por três (3) Anos da Apólice consecutivos, quando indicado na Tabela de Benefícios. Este benefício não se aplica no caso de Franquias Familiares. Uma vez apresentado um sinistro, um novo período de três (3) Anos da Apólice inicia-se na próxima Data de Renovação para que o Segurado volte a se qualificar para este benefício. A alteração para outra Franquia Individual ou para um plano que também ofereça este benefício não interrompe o período de três (3) Anos da Apólice sem apresentação de sinistros; contudo, aplicar-se-á o menor dos benefícios até que se inicie um novo período de três (3) Anos da Apólice. Este benefício aplica-se somente a Franquias Individuais iguais ou inferiores a cinco mil dólares (US\$5.000). Check-ups de Rotina e sinistros em que a Seguradora não efetue pagamentos a um Prestador ou ao Segurado Titular não serão considerados para fins de qualificação para este desconto.

ART. 6 ACESSO À REDE DE PRESTADORES

O seu acesso a prestadores dentro da Área de Cobertura selecionada está indicado na Tabela de Benefícios.

A Seguradora não é um Prestador de serviços de saúde e não é responsável pelos cuidados médicos recebidos de um Prestador que integre qualquer uma dessas redes.

ART. 7 DISPOSIÇÕES DA COBERTURA**7.1 Benefício Máximo Anual**

O Benefício Máximo Anual é o valor máximo que a Seguradora pagará, em qualquer Ano da Apólice, por todos os benefícios cobertos na Área de Cobertura selecionada para um Segurado nos termos desta Apólice. Todos os limites de benefícios, inclusive aqueles previstos em quaisquer Anexos selecionados, serão acumulados para fins do Benefício Máximo Anual.

O seu Benefício Máximo Anual por Segurado, por Ano da Apólice, está indicado na Tabela de Benefícios.

7.2 Período de Carência da Apólice

Esta Apólice possui um Período de Carência da Apólice de trinta (30) dias, iniciado na Data de Início de Cobertura de cada Segurado. Durante esse período, a cobertura somente se aplicará a Doenças ou Lesões causadas por um Acidente coberto ou por uma condição de origem infecciosa que ocorra ou se manifeste pela primeira vez durante esse período. Qualquer outra condição ou sintoma que não seja causado por um Acidente coberto ou por uma condição de origem infecciosa ocorrida durante o Período de Carência da Apólice será permanentemente excluída da cobertura.

7.3 Período de Carência de Benefício

Determinados benefícios desta Apólice estão sujeitos a um Período de Carência de Benefício, conforme indicado na Tabela de Benefícios. O Período de Carência de Benefício começa na Data de Início de Cobertura de cada Segurado. Quando um novo benefício ou um novo Módulo for incluído, o Período de Carência de Benefício será contado a partir da Data de Renovação na qual tal benefício ou Módulo passar a vigorar, conforme indicado na Tabela de Benefícios.

ART. 8 DESPESAS COBERTAS

Todos os benefícios aplicam-se por Segurado, por Ano da Apólice, e estão sujeitos a quaisquer Franquias Individuais e Familiares, Coparticipação, taxas, exclusões e demais termos desta Apólice, exceto quando de outra forma especificado na Tabela de Benefícios. Quaisquer limitações estabelecidas durante o processo de subscrição prevalecerão sobre o disposto na Tabela de Benefícios. A Seguradora pagará os valores Usuais, Costumeiros e Razoáveis (UCR) relativos às seguintes Despesas Cobertas incorridas por um Segurado, quando indicado na Tabela de Benefícios.

Determinados tipos de despesas médicas incorridas podem estar sujeitos a limitações ou condições específicas que devem ser atendidas para que sejam consideradas Despesas Cobertas nos termos da Apólice.

Certas despesas médicas somente serão consideradas Despesas Cobertas na medida em que estejam aqui previstas e na Tabela de Benefícios, e somente sob os termos e condições estabelecidos abaixo neste artigo.

8.1 Plano Padrão

8.1.1 Admissão Hospitalar

As Despesas Cobertas referentes às diárias de acomodação e alimentação (quarto e refeições) durante uma admissão hospitalar incluem os encargos de hospedagem, alimentação, serviços de enfermagem e suprimentos básicos, em Quarto Privativo (ocupação individual) ou Quarto Semiprivativo (compartilhado com outro paciente). Este benefício requer pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

8.1.2 Unidade de Terapia Intensiva

As Despesas Cobertas referentes às diárias associadas à admissão na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital, incluindo enfermagem especializada, monitoramento, sistemas de suporte à vida e consumíveis relacionados Clinicamente Necessários para pacientes em estado crítico. Este benefício requer pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

8.1.3 Acomodação e Alimentação Fornecida pelo Hospital para Acompanhante de Segurado Hospitalizado

As Despesas Cobertas incluídas na fatura do Hospital relacionadas à pernoite e a refeições no Hospital para um (1) acompanhante de um Segurado hospitalizado (sem limite de idade). Para que a acomodação esteja coberta, a permanência do Segurado no Hospital deverá ser considerada Despesa Coberta nos termos desta Apólice.

8.1.4 Procedimentos Diagnósticos

Despesas Cobertas referentes a procedimentos e Exames Diagnósticos Clinicamente Necessários realizados durante uma Internação Hospitalar, incluindo, entre outros, exames laboratoriais, exames de imagem (radiografias, tomografias computadorizadas, ressonância magnética, ultrassonografia), gastroscopia, colonoscopia, biópsia, exames anatomopatológicos, estudos eletrofisiológicos cardíacos (EP) e outros exames diagnósticos necessários para monitorar, confirmar ou avaliar a condição do paciente. Os benefícios somente serão pagáveis quando tais serviços forem solicitados pelo Médico assistente e estiverem diretamente relacionados à causa da Internação Hospitalar.

8.1.5 Medicamentos de Prescrição

Despesas Cobertas referentes a medicamentos, incluindo medicamentos para alergia e Medicamentos Altamente Especializados (MAE), limitam-se àqueles que:

- a. Sejam prescritos durante ou após uma Internação Hospitalar coberta.
- b. Sejam aprovados pela FDA ou pela EMA para o tratamento da condição médica do Segurado.

8.1.6 Reabilitação

Despesas Cobertas referentes a Fisioterapia, Terapia Respiratória, Reabilitação Cardíaca, terapia da fala e Terapia Ocupacional quando prescritas e certificadas pelo Médico assistente, forem Clinicamente Necessárias para tratar a condição e forem prestadas por profissional legalmente habilitado no país em que o tratamento ocorrer.

Serviços de reabilitação ambulatorial relacionados a um evento de Internação Hospitalar coberto requer pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação". Um plano de tratamento atualizado e um relatório de evolução deverá ser apresentado à Seguradora para determinar a cobertura com base na Necessidade Médica.

A Seguradora poderá realizar auditorias e inspeções quando considerar apropriado para assegurar a continuidade da Necessidade Médica. O Segurado e/ou seus familiares deverão oferecer toda a cooperação necessária para essas inspeções. O benefício poderá ser suspenso caso tais auditorias ou inspeções não possam ser realizadas por falta de cooperação.

8.1.7 Pronto-Socorro

Despesas Cobertas referentes a tratamento Clinicamente Necessário recebido no pronto-socorro de um Hospital em razão de Doença súbita ou Lesão Acidental que exija atendimento médico imediato. A cobertura inclui honorários de Médico, cuidados de enfermagem, serviços diagnósticos e suprimentos utilizados durante o atendimento de Emergência. Os benefícios somente serão pagáveis quando a condição justificar, de forma razoável, atendimento de Emergência, e o tratamento for prestado dentro de vinte e quatro (24) horas do início dos sintomas ou da Lesão.

8.1.8 Cirurgia

Despesas Cobertas referentes a procedimentos cirúrgicos ambulatoriais ou na Internação Hospitalar Clinicamente Necessários realizados por cirurgião legalmente habilitado, incluindo avaliações pré-operatórias, a cirurgia em si e os cuidados pós-operatórios durante a Internação Hospitalar. A cobertura inclui honorários do cirurgião, honorários do anestesiológico, encargos de sala cirúrgica, enfermagem e suprimentos cirúrgicos padrão. Os benefícios somente serão pagáveis quando a cirurgia for considerada Clinicamente Necessária e diretamente relacionada à condição em tratamento. Este benefício requer pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

8.1.9 Honorários de Cirurgião e Anestesiologista

As Despesas Cobertas referentes aos honorários do cirurgião principal, do Médico/cirurgião assistente e do anestesiológico limitam-se aos valores Usuais, Costumeiros e Razoáveis (UCR) para procedimentos específicos, ou com base em tarifas especiais estabelecidas ou contratadas pela Seguradora para uma determinada área geográfica, país ou Prestador específico.

8.1.10 Transplantes de Órgãos e Tecidos

As Despesas Cobertas para Transplantes de órgãos e tecidos incluem tratamentos, procedimentos, serviços e suprimentos Clinicamente Necessários relacionados a um Transplante de órgão ou tecido

coberto. Este limite inclui quaisquer benefícios relacionados a Transplante anteriormente pagos nos termos de outra Apólice, plano ou Anexo da Seguradora ou de quaisquer de suas empresas afiliadas.

Os procedimentos e os estabelecimentos onde os tratamentos, procedimentos e serviços forem realizados deverão ser previamente aprovados pela Seguradora. O Segurado deverá notificar a Seguradora assim que for diagnosticado como candidato a Transplante. Este benefício requer pré-autorização e coordenação pela Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação". A Seguradora poderá solicitar uma InterConsultation® antes da aprovação. A Seguradora reserva-se o direito de submeter a documentação médica relacionada ao Transplante a um ou mais especialistas em transplante para fins de comprovação de Necessidade Médica.

O benefício inclui:

- a. Toda a assistência pré-transplante, incluindo os serviços diretamente relacionados à avaliação da necessidade do Transplante, à avaliação do Segurado para o procedimento de Transplante e à preparação e estabilização do Segurado para o procedimento de Transplante.
- b. Toda a avaliação pré-cirúrgica, incluindo exames laboratoriais e radiografias, tomografias computadorizadas, ressonância magnética, ultrassonografias, biópsias, Medicamentos de Prescrição e suprimentos.
- c. O custo de captação/obtenção do órgão ou tecido, transporte, coleta/retirada e despesas do Doador Vivo, até o máximo indicado na Tabela de Benefícios.
- d. O procedimento de Transplante do órgão ou tecido e a cobertura de um coração artificial ou de dispositivos mono ou biventriculares que permitam a viabilidade do paciente até que ele receba o Transplante definitivo.
- e. Toda a assistência pós-Transplante, incluindo, entre outros, qualquer acompanhamento, tratamento Clinicamente Necessário decorrente do Transplante e quaisquer complicações que surjam após o procedimento de Transplante, sejam consequência direta ou indireta do Transplante.
- f. Qualquer medicamento ou medida terapêutica utilizada para assegurar a viabilidade e a permanência do órgão ou tecido transplantado.

Tratamentos Médicos Avançados relacionados a Transplantes de Órgãos e Tecidos serão coordenados por meio dos Serviços de Navegação do Paciente.

Nenhum pagamento será efetuado por qualquer tratamento, procedimento, serviço ou cirurgia quando:

- a. Não for Clinicamente Necessário.
- b. For considerado eletivo, Experimental ou Investigativo.
- c. For realizado quando o Segurado tiver tido acesso a procedimentos e/ou tratamentos alternativos, com o mesmo nível de resultados e de cuidados, para tratar a condição médica ou Doença que ocasionou a necessidade de um Transplante.
- d. For originado por ou resultar de um Transplante decorrente do uso de artefato mecânico ou equipamento artificial destinado a substituir um órgão humano, ou quando o doador for um animal.

- e. For realizado em razão de um Transplante anteriormente malsucedido realizado antes da Data de Início de Cobertura do Segurado, ou de um Transplante não aprovado realizado após a Data de Início de Cobertura.

8.1.11 Cirurgia Reconstructiva ou Corretiva Relacionada a uma Doença, Lesão ou Cirurgia Coberta

As Despesas Cobertas incluem cirurgia Clinicamente Necessária que:

- a. Seja indicada para o tratamento de uma Doença coberta que não constitua Condição Preexistente não declarada nem esteja, de outra forma, especificamente excluída da cobertura;
- b. Seja necessária em relação a uma Lesão causada por um Acidente coberto que ocorra após a Data de Início de Cobertura do Segurado e enquanto a Apólice estiver em vigor;
- c. Seja indicada para o tratamento de deformidades do nariz ou do septo causadas por Acidente coberto, trauma ou Câncer no nariz.

Este benefício requer pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

A evidência de trauma na forma de fratura deverá ser confirmada por meio de exames radiológicos (radiografias, tomografias computadorizadas, ressonância magnética) e deverá ser apresentada à Seguradora para avaliação no momento da solicitação de aprovação.

8.1.12 Cirurgia Profilática para Redução do Risco de Câncer

As Despesas Cobertas referentes à cirurgia serão pagáveis quando atendidas as seguintes condições:

- a. O Segurado possuir predisposição conhecida a mutação deletéria associada ao Câncer (BRCA1, BRCA2 ou outra forte predisposição genética de suscetibilidade ao Câncer), confirmada por testes genéticos realizados após o Período de Carência de Benefício.
- b. Uma InterConsultation® confirmar que a cirurgia é Clinicamente Necessária, quando exigido pela Seguradora.
- c. O Período de Carência de Benefício de doze (12) meses tiver sido cumprido, contado a partir da Data de Início de Cobertura.

Este benefício requer pré-autorização e coordenação pela Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

O valor máximo deste benefício inclui todos os procedimentos e complicações relacionados à cirurgia profilática autorizada. O custo dos testes genéticos ou de procedimentos similares que tenham determinado a predisposição genética mencionada na alínea "a" poderá ser incluído no valor máximo deste benefício. Os custos de quaisquer testes genéticos realizados antes do cumprimento do Período de Carência de Benefício não estarão cobertos.

Caso seja solicitada uma alteração de plano em que o valor deste benefício seja maior, prevalecerá, por doze (12) meses a partir da alteração do plano, o menor valor previsto no plano anterior.

8.1.13 Tratamento Cirúrgico para Distúrbios Sintomáticos dos Pés

As Despesas Cobertas para o tratamento cirúrgico de distúrbios sintomáticos dos pés e para qualquer tratamento secundário decorrente de Acidente coberto, trauma ou infecção. O Período de Carência de Benefício de vinte e quatro (24) meses deverá ter sido cumprido, contado a partir da Data de Início de Cobertura, exceto nos casos de Acidente coberto, trauma ou infecção, em que o referido Período de Carência de Benefício não se aplica. Este benefício requer pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

8.1.14 Implantes ou Próteses Cirúrgicos (exclui os odontológicos)

As Despesas Cobertas referentes a implantes cirúrgicos Clinicamente Necessários, dispositivos protéticos internos ou dispositivos/aparelhos médicos necessários como parte integrante de um procedimento cirúrgico. Isso inclui itens como articulações artificiais, marcapassos, stents vasculares, telas cirúrgicas, placas, parafusos e outros dispositivos internos prescritos pelo Médico assistente. Próteses odontológicas, implantes odontológicos e implantes estéticos estão excluídos. Os benefícios somente serão pagáveis quando o dispositivo for prescrito como Clinicamente Necessário e estiver diretamente relacionado a uma cirurgia coberta. Este benefício requer pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

8.1.15 Tratamento Oncológico

As Despesas Cobertas referentes a exames e ao tratamento Clinicamente Necessários de Câncer: quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, hormonioterapia e outros Tratamentos Oncológicos clinicamente aprovados. A Terapia Genética e a terapia com células CAR-T estão cobertas sob um benefício separado. Outros Tratamentos Médicos Avançados relacionados a Tratamentos Oncológicos serão coordenados por meio dos Serviços de Navegação do Paciente.

A cobertura inclui honorários de Médico relacionados, cuidados de enfermagem, monitoramento diagnóstico e Medicamentos de Prescrição, quando diretamente associados a um Tratamento Oncológico ativo. Os benefícios somente serão pagáveis quando o tratamento for prescrito por um oncologista ou Médico assistente e em conformidade com padrões médicos reconhecidos.

Este benefício requer pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

8.1.16 Terapia Genética / Terapia com Células CAR-T

As Despesas Cobertas referentes a Terapia Genética e terapia com células CAR-T Clinicamente Necessárias, relacionadas a Tratamentos Oncológicos ou outras condições cobertas, serão coordenadas por meio dos Patient Navigation Services, em conformidade com padrões médicos reconhecidos. Este benefício requer pré-autorização e coordenação pela Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

8.1.17 Diálise

As Despesas Cobertas referentes a tratamento de diálise Clinicamente Necessário para insuficiência renal aguda ou doença renal crônica em estágio terminal. A cobertura inclui sessões de hemodiálise ou diálise

peritoneal, medicamentos e suprimentos relacionados, e os serviços de Médicos, Enfermeiros e técnicos diretamente envolvidos no procedimento. Os benefícios somente serão pagáveis quando o tratamento for prescrito por um nefrologista e realizado em estabelecimento de saúde devidamente licenciado. Este benefício requer pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

8.1.18 Home Care (Enfermeiro Particular)

As Despesas Cobertas incluem serviços prescritos e certificados pelo Médico assistente, em substituição à Internação Hospitalar, e prestados por profissional legalmente habilitado no país onde o tratamento ocorrer. Os serviços são limitados a oito (8) horas por dia e incluem cuidados de enfermagem qualificados em regime parcial ou recorrente.

Este benefício requer pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Exigência de Notificação para Pré-Autorização e Coordenação". Além disso, é exigido um plano de tratamento que considere a Necessidade Médica.

A Seguradora poderá realizar auditorias e inspeções quando julgar apropriado para assegurar a continuidade da Necessidade Médica. O Segurado e/ou seus familiares devem oferecer toda a cooperação necessária para essas inspeções. O benefício poderá ser suspenso se tais auditorias ou inspeções não puderem ser realizadas por falta de cooperação.

Os serviços não abrangem Cuidados Assistenciais, conforme definidos nesta Apólice.

8.1.19 Condições Congênitas e Hereditárias

As Despesas Cobertas referentes a Condições Congênitas e Condições Hereditárias serão pagas conforme indicado na Tabela de Benefícios. Tratamentos Médicos Avançados relacionados a Condições Congênitas e Hereditárias serão coordenados por meio dos Patient Navigation Services. Condições resultantes de qualquer Tecnologia de Reprodução Assistida estão excluídas da cobertura. Este benefício requer pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

8.1.20 HIV/AIDS

As Despesas Cobertas para o tratamento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) serão pagáveis quando os anticorpos do HIV (soropositivo) ou o vírus da AIDS não tiverem sido detectados antes da Data de Início de Cobertura do Segurado. Aplica-se um Período de Carência de Benefício de vinte e quatro (24) meses.

Este benefício requer pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

Tratamentos, procedimentos, serviços, cirurgias ou suprimentos não serão cobertos quando:

- a. HIV/AIDS estiver relacionado ao uso de quaisquer Substâncias Ilegais intravenosas.
- b. O Segurado estiver utilizando medicamentos Experimentais ou se submeter a tratamento Experimental.

8.1.21 Cuidados Paliativos para Pacientes em Estado Terminal

As Despesas Cobertas para Cuidados Paliativos quando o Médico assistente tiver certificado que o Segurado foi diagnosticado com uma condição terminal, tem menos de seis (6) meses de vida, e um plano de tratamento de Cuidados Paliativos tenha sido previamente encaminhado à Seguradora para análise. Este benefício requer pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

8.1.22 Check-up de Rotina para Adultos

As Despesas Cobertas para um (1) exame físico de rotina para Segurados com dezoito (18) anos ou mais incluem exames laboratoriais, radiografias, vacinas preventivas e quaisquer outras despesas médicas relacionadas a um Check-up de Rotina, conforme definido nesta Apólice. Não se aplica Franquia Individual.

8.1.23 Check-up de Rotina Pediátrico

A Seguradora cobrirá as despesas com Check-up de Rotina Pediátrico, incluindo exames laboratoriais, radiografias e vacinas preventivas especificadas no calendário de imunização recomendado pela autoridade de saúde do país em que o Segurado reside, bem como quaisquer outras despesas médicas relacionadas a um Check-up de Rotina Pediátrico, conforme definido nesta Apólice e na Tabela de Benefícios. Não se aplica Franquia Individual.

- Recém-nascido até doze (12) meses de vida: Durante o primeiro ano de vida do recém-nascido, a Apólice cobrirá seis (6) consultas para check-ups médicos gerais, incluindo exames laboratoriais e radiografia.
- 1 a 17 anos de idade: Após o primeiro ano de vida da criança e até a idade de dezessete (17) anos, inclusive, a Apólice cobrirá uma (1) consulta para check-up médico geral por Ano da Apólice, incluindo exames laboratoriais e radiografias. A partir de dezoito (18) anos de idade, o Dependente Segurado poderá utilizar o benefício "Check-up de Rotina para Adultos" a partir da Data de Renovação subsequente ao seu 18º (décimo oitavo) aniversário.

8.1.24 Equipamentos Médicos Duráveis, Próteses Externas, Dispositivos Ortopédicos

As Despesas Cobertas para Equipamentos Médicos Duráveis, dispositivos especiais, próteses externas e dispositivos ortopédicos, desde que os seguintes critérios sejam atendidos:

- a. Proporcionem benefício terapêutico ao Segurado em razão de determinadas condições médicas e/ou Doenças;
- b. Sejam prescritos por um Prestador legalmente habilitado;
- c. O Segurado apresente documentação médica que justifique a Necessidade Médica; e
- d. Não sejam destinados principalmente ao conforto ou à conveniência.

Este benefício requer pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação". Caso o benefício seja autorizado e o Segurado posteriormente adquira o Equipamento Médico Durável, dispositivo especial, prótese externa ou dispositivo

ortopédico, as Despesas Cobertas serão reembolsadas de acordo com os valores Usuais, Costumeiros e Razoáveis (UCR), previamente autorizados pela Seguradora.

8.1.25 Repatriação de Restos Mortais ou Serviços de Cremação

Caso um Segurado venha a falecer fora do seu País de Residência, a Seguradora cobrirá o custo de repatriação dos restos mortais para o seu País de Residência ou o custo da cremação de seus restos mortais, desde que tal cremação ocorra no local do óbito. Este benefício é oferecido somente se o falecimento for resultado de uma Doença ou Acidente coberto.

Este benefício limita-se exclusivamente a:

- a. A preparação dos restos mortais para transporte e o transporte do corpo do Segurado para o seu País de Residência; ou
- b. Caso não ocorra o transporte dos restos mortais, as despesas diretamente relacionadas à cremação dos restos mortais do Segurado.

Despesas funerárias e quaisquer outras despesas que não sejam estritamente necessárias para os serviços descritos nos itens "a" e "b" acima não estão cobertas.

Este benefício requer pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

Este benefício é considerado secundário a qualquer outro benefício de repatriação, ou benefício similar, ao qual o Segurado possa ter direito ou acesso, exceto aquele oferecido por esta Apólice, o qual prevalecerá sobre este benefício.

8.1.26 Ambulância Terrestre até o Hospital Qualificado Mais Próximo para Estabilização do Paciente

As Despesas Cobertas referentes ao transporte em Ambulância Terrestre quando atendidas as seguintes condições:

- a. Tal transporte seja Clinicamente Necessário para levar o Segurado ao Hospital mais próximo a fim de receber o tratamento mais apropriado que não possa ser prestado localmente.
- b. Tal transporte esteja associado a uma Emergência ou Urgência relacionada a uma condição ou Acidente coberto para o qual o tratamento não possa ser prestado onde o paciente se encontra ou onde ocorreu o Acidente.
- c. O transporte por qualquer outro meio provavelmente resultaria em perda de vida, da integridade física ou da viabilidade de quaisquer órgãos do Segurado.
- d. O transporte em Ambulância Terrestre disponha a bordo de equipamentos e instrumentos médicos especializados, conte com equipe treinada em transporte médico de emergência e seja operado por empresa legalmente licenciada e autorizada a prestar serviços de ambulância.

O Segurado concorda em isentar a Seguradora e quaisquer empresas afiliadas à Seguradora de responsabilidade por quaisquer atrasos ou restrições causados por problemas mecânicos, restrições governamentais, pelo motorista da ambulância ou pelo serviço de ambulância, ou em razão de condições operacionais, mau tempo ou qualquer outra causa fora do controle da Seguradora.

8.1.27 Ambulância Aérea até o Hospital Qualificado Mais Próximo para Estabilização do Paciente

As Despesas Cobertas referentes ao transporte em Ambulância Aérea quando atendidas as seguintes condições:

- a. Tal transporte seja Clinicamente Necessário para levar o Segurado ao Hospital mais próximo a fim de receber o tratamento mais apropriado que não possa ser prestado localmente.
- b. Tal transporte esteja relacionado a uma Emergência associada a uma condição coberta ou Acidente para o qual o tratamento não possa ser prestado onde o paciente se encontra ou onde ocorreu o Acidente.
- c. O transporte por qualquer outro meio provavelmente resultaria em perda de vida, da integridade física ou da viabilidade de quaisquer órgãos do Segurado.
- d. O transporte em Ambulância Aérea disponha a bordo de equipamentos e instrumentos médicos especializados, conte com equipe treinada em transporte médico de emergência e seja operado por empresa legalmente licenciada e autorizada a prestar serviços de ambulância.

Este benefício requer pré-autorização e coordenação pela Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

O Segurado concorda em isentar a Seguradora e quaisquer empresas afiliadas à Seguradora de responsabilidade por quaisquer atrasos ou restrições de voo causados por problemas mecânicos, restrições governamentais, pelo piloto ou pela companhia aérea, ou em razão de condições operacionais, mau tempo ou qualquer outra causa fora do controle da Seguradora.

8.2 Módulo Ambulatorial

Este Módulo oferece uma cobertura adicional opcional que exige a contratação do Plano Padrão. Este Módulo está sujeito a todos os termos estabelecidos nestas Condições de Cobertura e a todas as disposições do Plano Padrão. As Despesas Cobertas significam aquelas Clinicamente Necessárias, dentro dos custos Usuais, Costumeiros e Razoáveis, incorridos pelos Segurados a partir de sua Data de Vigência da Cobertura, enquanto a Apólice e este Módulo estiverem em vigor. As Despesas Cobertas incluem, entre outras, despesas médicas, cirúrgicas e de Serviços Hospitalares, Serviços Ambulatoriais, exames diagnósticos e Medicamentos sob Prescrição.

8.2.1 Consultas com Médicos e Especialistas

As Despesas Cobertas incluem consultas e consultas de acompanhamento com Médicos generalistas e especialistas médicos, quando Clinicamente Necessárias para o diagnóstico, tratamento ou monitoramento de uma condição coberta. A cobertura inclui honorários de Médico e custos de exame associados, mas exclui consultas de bem-estar, preventivas ou não Clinicamente Necessárias.

8.2.2 Procedimentos Diagnósticos

As Despesas Cobertas referentes a exames e procedimentos diagnósticos ambulatoriais Clinicamente Necessários, incluindo, entre outros, exames laboratoriais, exames de imagem (radiografias, tomografias computadorizadas, ressonância magnética, ultrassonografias), gastroscopia, colonoscopia, biópsia,

exames anatomopatológicos, estudos eletrofisiológicos cardíacos (EP) e outros exames diagnósticos necessários para monitorar, confirmar ou avaliar a condição do paciente. Os benefícios somente serão pagáveis quando tais serviços forem solicitados pelo Médico assistente e estiverem diretamente relacionados a uma condição coberta. Procedimentos Diagnósticos de Maior Complexidade requerem pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

8.2.3 Medicamentos de Prescrição

As Despesas Cobertas referentes a Medicamentos de Prescrição ambulatoriais, incluindo medicamentos para alergia e Medicamentos Altamente Especializados (MAE), limitam-se àqueles que:

- a. Requeiram prescrição por um Médico ou farmacêutico autorizado e não sejam vendidos sem prescrição.
- b. Sejam aprovados pela FDA ou pela EMA para o tratamento da condição médica do Segurado.
- c. Sejam dispensados dentro de um (1) ano-calendário a contar da data da prescrição, sujeitos às leis federais e estaduais ou à regulamentação da jurisdição local.

A Seguradora aprovará reembolsos de sinistros para prescrições de uso contínuo por até três (3) meses por vez.

Quando a Apólice estiver a trinta (30) dias da Data de Renovação, a Seguradora aprovará reembolsos de sinistros por trinta (30) dias.

Medicamentos Altamente Especializados (MAE) são Medicamentos de Prescrição ambulatoriais de alto custo e alta complexidade para tratar condições complexas, raras ou Condições Crônicas, incluindo demência e doença de Alzheimer. Medicamentos Genéricos e Medicamentos Biossimilares serão priorizados sempre que clinicamente apropriado, preservando-se a flexibilidade para a prescrição do Médico assistente. Medicamentos Altamente Especializados (MAE) requerem pré-autorização e coordenação pela Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

8.2.4 Transtornos do Espectro Autista

As Despesas Cobertas referentes à avaliação, ao diagnóstico e ao tratamento Clinicamente Necessários de Transtornos do Espectro Autista incluem consultas com Médico, cuidados psiquiátricos, Medicamentos de Prescrição e intervenções terapêuticas baseadas em evidências diretamente relacionadas ao manejo do transtorno. Os benefícios somente serão pagáveis quando um plano de tratamento que considere a Necessidade Médica for prescrito por Médico ou psiquiatra legalmente habilitado, em conformidade com diretrizes médicas reconhecidas.

Esses serviços requerem pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

Terapias educacionais, acadêmicas ou não médicas estão excluídas.

8.2.5 Terapias Ocupacionais, Ortópticas e Fonoaudiológicas

As Despesas Cobertas referentes à Terapia Ocupacional, Terapia Ortóptica e à terapia fonoaudiológica, como serviços de reabilitação para Acidente ou Doença cobertos. É necessário um plano de tratamento que considere a Necessidade Médica. Para terapias subsequentes ao período inicial de trinta (30) dias aprovado, deverá ser apresentado à Seguradora um plano de tratamento atualizado e um relatório de evolução, para determinar a cobertura com base na Necessidade Médica.

A Seguradora poderá realizar auditorias e inspeções quando considerar apropriado para assegurar a continuidade da Necessidade Médica. O Segurado e/ou seus familiares deverão oferecer toda a cooperação necessária para essas inspeções. O benefício poderá ser suspenso caso tais auditorias ou inspeções não possam ser realizadas por falta de cooperação.

Terapias educacionais, acadêmicas ou não médicas estão excluídas.

Esses serviços requerem pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

8.2.6 Consultas com Psicólogo

As Despesas Cobertas incluem consultas e consultas de acompanhamento com um psicólogo, quando Clinicamente Necessárias para o diagnóstico, tratamento ou monitoramento de uma condição coberta e prescritas por um psiquiatra.

Esses serviços requerem pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

Terapias educacionais, acadêmicas ou não médicas estão excluídas.

8.2.7 Medicina Complementar e Alternativa

As Despesas Cobertas referentes a homeopatia, acupuntura, naturopatia, medicina chinesa ou oriental, quiropraxia, osteopatia e terapia eletromagnética, com o objetivo de restaurar a função física normal do Segurado. O tratamento deve ser realizado por profissional legalmente habilitado no país onde ocorrer a consulta e/ou o tratamento.

8.2.8 Apneia do Sono e Outros Distúrbios do Sono

As Despesas Cobertas para apneia do sono e outros distúrbios do sono incluem estudos do sono (polissonografia) para auxiliar no diagnóstico de condições relacionadas ao sono — como apneia do sono e ronco —, o fornecimento de equipamento CPAP e suprimentos relacionados, quando prescritos por um profissional de saúde qualificado. Este benefício requer pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

Medicamentos de Prescrição para o tratamento de apneia do sono e outros distúrbios do sono serão cobertos sob o benefício de Medicamentos de Prescrição ambulatoriais.

8.2.9 Tratamento Odontológico Decorrente de Acidente Coberto

As Despesas Cobertas para o tratamento Clinicamente Necessário para a reconstrução ou substituição de dentes naturais íntegros que tenham sido danificados ou perdidos em um Acidente coberto. O tratamento deve ocorrer dentro de cento e oitenta (180) dias a partir da data do Acidente coberto.

8.2.10 Cirurgia Bariátrica, By-pass Gástrico e Outros Procedimentos Cirúrgicos para Perda de Peso, Incluindo Medicamentos e Complicações

As Despesas Cobertas referentes a essas cirurgias, procedimentos e tratamentos, incluindo medicamentos e complicações, serão pagáveis quando atendidas as seguintes condições:

- a. O Período de Carência de Benefício (PCB) de vinte e quatro (24) meses tiver sido cumprido, contado a partir da Data de Início de Cobertura.
- b. Uma InterConsultation® confirmar que o procedimento é a melhor alternativa e é Clinicamente Necessário, quando exigido pela Seguradora.
- c. O tratamento for realizado na rede de Prestadores especificamente designada pela Seguradora para este benefício na respectiva autorização.

Este benefício requer pré-autorização e coordenação pela Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação". Caso seja solicitada uma alteração de plano em que o valor deste benefício seja maior, prevalecerá, por vinte e quatro (24) meses a partir da alteração do plano, o menor valor previsto no plano anterior.

8.3 Módulo de Maternidade

Este Módulo oferece uma cobertura adicional opcional que exige a contratação do Plano Padrão. Este Módulo está sujeito a todos os termos estabelecidos nestas Condições de Cobertura e a todas as disposições do Plano Padrão. As Despesas Cobertas significam aquelas Clinicamente Necessárias, dentro dos custos Usuais, Costumeiros e Razoáveis, incorridos pelas Seguradas a partir de sua Data de Vigência da Cobertura, enquanto a Apólice e este Módulo estiverem em vigor.

8.3.1 Assistência à Gestaçã e Parto

- a. As Despesas Cobertas referentes à assistência à gestaçã e parto incluem parto normal, Cesárea Eletiva, cesárea não emergencial e atendimento pré-natal e pós-natal. Não se aplica Franquia Individual. Cesáreas de Emergência são consideradas Complicações na Gestaçã e Parto e estão cobertas conforme indicado no benefício "Complicações na Gestaçã e Parto", desde que o Período de Carência de Benefício de dez (10) meses tenha sido cumprido.
- b. O Período de Carência de Benefício de dez (10) meses para Assistência à Gestaçã e Parto sempre se aplica, independentemente de o Período de Carência da Apólice de trinta (30) dias ter sido dispensado. Qualquer serviço relacionado à gestaçã o ao parto que ocorra antes do cumprimento do Período de Carência de Benefício de dez (10) meses não terá cobertura.
- c. Para Companheiras do mesmo sexo seguradas na mesma Apólice, somente um (1) benefício de Assistência à Gestaçã e Parto poderá ser solicitado durante o mesmo Ano da Apólice. Ambas as Seguradas devem ser avaliadas para se qualificarem para os benefícios de Assistência à Gestaçã e Parto e de Complicações na Gestaçã e Parto.
- d. Para filhas Dependentes Seguradas que tenham estado seguradas por mais de dez (10) meses na Apólice de seus pais, o Período de Carência de Benefício para Assistência à Gestaçã e Parto (incluindo os benefícios de Complicações na Gestaçã e Parto e de Extração e Preservação de Células-tronco) será eliminado quando for emitida a sua própria cobertura como Segurada Titular ou Cônjuge Segurada sob um plano similar com os mesmos benefícios no Módulo de Maternidade.

Este benefício requer pré-autorização da Seguradora, conforme previsto no artigo "Requisito de Notificação para Pré-autorização e Coordenação".

Somente o parto (parto normal, Cesárea Eletiva e cesárea não emergencial) decorrente de uma gravidez resultante de qualquer tipo de Tecnologia de Reprodução Assistida será coberto até o limite máximo do benefício de Assistência à Gestação e Parto, desde que o Período de Carência de Benefício para Assistência à Gestação e Parto tenha sido cumprido; contudo, não será considerado para cobertura sob qualquer outro benefício da Apólice, como serviços de Complicações na Gestação e Parto e Inclusão de Recém-Nascido sem Subscrição.

Caso seja solicitada uma alteração de plano em que o valor deste benefício seja maior, prevalecerá, por dez (10) meses a partir da alteração do plano, o menor valor previsto no plano anterior.

8.3.2 Complicações na Gestação e Parto

Após o cumprimento do Período de Carência de Benefício de dez (10) meses, as Despesas Cobertas referentes a tratamento médico, Internação Hospitalar e serviços relacionados a condições patológicas decorrentes de um curso anormal da gravidez e/ou do parto incluem, entre outros, nefrite aguda, nefrose, insuficiência cardíaca, pré-eclâmpsia, gravidez ectópica, diabetes gestacional, interrupção da gravidez que exija intervenção médica em razão de óbito fetal e término espontâneo da gravidez em estágio em que o embrião ou o feto seja incapaz de sobreviver de forma independente.

Também estão incluídas as Despesas Cobertas referentes a tratamento médico, Internação Hospitalar e serviços relacionados a distúrbios de um recém-nascido diretamente relacionados ao parto, não decorrentes de Condições Congênitas ou Condições Hereditárias, que se manifestem durante os primeiros trinta (30) dias de vida, incluindo, entre outros, hiperbilirrubinemia (icterícia), hipóxia cerebral, hipoglicemia, prematuridade, desconforto respiratório e traumatismos relacionados ao parto.

Para os fins deste Módulo, não serão consideradas Complicações na Gestação e Parto:

- a. Cesáreas Eletivas, cesáreas realizadas exclusivamente em razão de cesárea anterior, cesáreas não emergenciais ou cicatrizes uterinas decorrentes de cirurgia prévia;
- b. Sangramento leve, contrações de Braxton-Hicks ou repouso no leito prescrito durante a gestação, sem complicações adicionais;
- c. Sintomas normais e usuais decorrentes da gravidez;
- d. Serviços ou tratamentos para uma Condição Crônica não relacionada à gravidez, ainda que ocorram durante a gestação.

Este benefício vitalício inclui quaisquer pagamentos anteriores efetuados a título de qualquer benefício de Complicações na Gestação e Parto sob qualquer outra Apólice, plano, módulo e/ou Anexo de complicações de maternidade fornecido pela Seguradora ou por qualquer afiliada.

Não haverá cobertura para complicações em gravidez resultante de qualquer tipo de Tecnologia de Reprodução Assistida ou de uma maternidade ou gravidez não coberta.

Caso seja solicitada uma alteração de plano em que o valor deste benefício seja maior, prevalecerá, por dez (10) meses a partir da alteração do plano, o menor valor previsto no plano anterior.

8.3.3 Inclusão do Recém-Nascido sem Subscrição Se Nascer de Maternidade Coberta

Cobre a inclusão automática de um recém-nascido na Apólice, sem necessidade de subscrição médica, desde que o recém-nascido seja decorrente de uma Maternidade Coberta nos termos deste Módulo. A cobertura tem início a partir da data de nascimento e está sujeita à notificação à Seguradora dentro de sessenta (60) dias da data de nascimento do recém-nascido, à apresentação de uma cópia da certidão de nascimento e à notificação da gravidez, incluindo o método de concepção. O valor adicional de prêmio aplicável também deverá ser pago para segurar o recém-nascido como Filho Dependente. Os benefícios do recém-nascido seguirão os mesmos termos, condições e exclusões aplicáveis à Apólice. Condições congênitas estão cobertas sob o benefício "Condições Congênitas e Hereditárias Diagnosticadas Antes dos 18 Anos" sob o Plano Padrão.

Para incluir um recém-nascido após sessenta (60) dias, ou um recém-nascido resultante de qualquer tipo de Tecnologia de Reprodução Assistida, será aplicada subscrição completa.

8.3.4 Extração e Preservação de Células-tronco

O custo da extração e preservação de Células-tronco do sangue do cordão umbilical será coberto conforme indicado na Tabela de Benefícios somente para uma Maternidade Coberta sob o Módulo de Maternidade. Este benefício não se aplica à Franquia Individual e está sujeito ao Período de Carência de Benefício de Assistência à Gestação e Parto.

8.4 Cobertura Adicional Opcional

8.4.1 Anexo CriticalSelect

A cobertura está disponível para Segurados entre três (3) e sessenta (60) anos de idade e se encerra após completarem sessenta e cinco (65) anos. A cobertura nos termos do Anexo CriticalSelect está sujeita ao pagamento do prêmio correspondente. Aplicam-se todos os termos, disposições, exclusões, definições, Endossos e restrições do plano de saúde do Segurado Titular junto à Seguradora.

A Seguradora pagará ao Segurado o Benefício Máximo selecionado na Solicitação de Seguro Saúde e indicado no Certificado de Cobertura, em decorrência de qualquer Doença ou procedimento listado abaixo que ocorra após a Data de Início de Cobertura do Segurado:

- Infarto Agudo do Miocárdio (ataque cardíaco)
- Ponte de safena aortocoronária
- Tumor cerebral benigno
- Câncer (com risco de vida)
- Acidente Vascular Cerebral (com risco de vida)
- Perda de membro (braço ou perna)
- Perda de audição/surdez bilateral
- Perda de visão/cegueira total
- Esclerose múltipla
- Paralisia

- Doença de Parkinson
- Insuficiência renal
- Lúpus eritematoso sistêmico (LES)
- Transplante dos seguintes órgãos: rins, coração, pulmões, fígado, pâncreas e/ou medula óssea

O Anexo CriticalSelect somente poderá permanecer ativo enquanto o Segurado Titular mantiver uma Apólice ativa junto à Seguradora. A cobertura nos termos do Anexo CriticalSelect tem duração de doze (12) meses e será renovada automaticamente por período similar, mediante pagamento do prêmio correspondente, sujeita às definições, condições e demais disposições da Apólice vigentes no momento da renovação.

ART. 9 OUTROS SERVIÇOS

A Seguradora disponibiliza e organiza o acesso aos seguintes serviços adicionais quando a inclusão desses serviços estiver indicada na Tabela de Benefícios.

9.1 Patient Navigation Services: Conjunto coordenado de atividades de suporte concebidas para ajudar os Segurados a compreender, acessar e otimizar de forma eficaz a utilização de seus benefícios de saúde cobertos nos termos da Apólice. A Equipe de Patient Navigation Services auxilia os pacientes a superar barreiras de acesso ao cuidado, fornecendo orientação individualizada entre sistemas de saúde; oferecendo suporte para localizar Prestadores adequados, agendar consultas, coordenar encaminhamentos, superar barreiras logísticas e conectar-se a recursos comunitários ou clínicos. Esses serviços não substituem a pré-autorização clínica nem o gerenciamento de casos, mas os complementam ao fornecer suporte direto ao Segurado para que receba cuidado eficaz, oportuno e apropriado. Ao utilizar os Patient Navigation Services, o Segurado poderá ser elegível a redução na participação de custos, conforme previsto no Art. 5, incluindo redução da Franquia Individual, para determinados procedimentos em instalações médicas designadas.

9.2 InterConsultation®: Serviço que oferece uma revisão minuciosa dos prontuários médicos do Segurado, realizada por um Médico ou profissional de saúde independente, que fornece ao paciente uma Segunda Opinião Médica quanto ao diagnóstico e ao tratamento.

9.3 Best Doctors Concierge™: Serviço que auxilia o Segurado na coordenação de consultas médicas, admissões hospitalares, arranjos de viagem, hospedagem e transporte quando os serviços médicos forem prestados fora do País de Residência do Segurado. Está disponível aos Segurados mediante acordo entre a Seguradora e sua administradora, Best Doctors Insurance Services, LLC. O Segurado é responsável por todos os custos de viagem e hospedagem incorridos. A Best Doctors Insurance Services, LLC apenas prestará assistência de coordenação para os serviços descritos acima.

9.4 Gerenciamento Individual de Casos: Programa que coordena, supervisiona e gerencia casos médicos complexos e de longa duração. Por meio desse programa, a Seguradora trabalha com Prestadores para assegurar que os Segurados recebam os serviços Clinicamente Necessários no contexto clínico mais apropriado, de acordo com sua condição de saúde e conforme os benefícios cobertos pela Apólice. A Seguradora estabelecerá quando esse programa deverá ser ativado e, se necessário, solicitará a colaboração dos Segurados.

ART. 10 EXCLUSÕES

A Seguradora não considerará como Despesas Cobertas aquelas que sejam:

Não Clinicamente Necessárias; ou

- a. Relativas a um Segurado que não esteja sob os cuidados de um Médico ou de profissional legalmente qualificado; ou
- b. Não autorizadas ou prescritas por um Médico ou por profissional legalmente qualificado; ou
- c. Realizadas por um Prestador, profissional de saúde ou estabelecimento de saúde não licenciado; ou
- d. Relacionadas a Cuidados Assistenciais ou cuidados pessoais; ou
- e. Relacionadas a terapia recreativa ou educacional; ou
- f. Que excedam os valores Usuais, Costumeiros e Razoáveis (UCR).

Além disso, todas as condições e tratamentos descritos nos artigos abaixo serão especificamente considerados exclusões nos termos da Apólice:

10.1 Quaisquer despesas relacionadas a Condições Pré-existentes não declaradas, regiões anatômicas excluídas, complicações e tratamentos relacionados a condições excluídas.

10.2 Qualquer Doença ou Lesão não causada por um Acidente ou por Doença de origem infecciosa que se manifeste nos primeiros trinta (30) dias a partir da Data de Início de Cobertura. Qualquer condição ou sintoma que não seja causado por um Acidente ou por Doença de origem infecciosa e que se manifeste pela primeira vez durante esse período será considerado uma Condição Pré-existente e excluído permanentemente, mesmo quando a cobertura para essa condição tiver sido oferecida nesta Apólice.

10.3 Todos os serviços médicos prestados em casos nos quais um terceiro esteja obrigado a pagar as Despesas Cobertas do Segurado, nos termos de contrato, por responsabilidade civil extracontratual ou por determinação judicial.

10.4 A Seguradora não efetuará qualquer pagamento, inclusive referente a qualquer sinistro ou despesa incorrida com tratamento, serviços ou suprimentos, que esteja sujeito a qualquer restrição comercial ou a quaisquer sanções econômicas ou políticas aplicáveis à Seguradora ou a quaisquer de suas afiliadas.

10.5 Qualquer tratamento, procedimento, equipamento, medicamento ou combinação de medicamentos, Internação Hospitalar, serviço ou suprimento que, no momento em que for oferecido: não seja cientificamente ou clinicamente reconhecido para a indicação de tratamento, conforme as normas dos Estados Unidos; que ainda não tenha sido aprovado para a condição ou indicação especificada pela FDA e/ou pela EMA (mesmo que esteja em processo de ensaios clínicos), quando tal aprovação for exigida, independentemente de onde as despesas médicas tenham sido incorridas; ou em casos em que o Segurado esteja inscrito em estudo ou tratamento Experimental patrocinado por terceiros, incluindo, entre outros, quaisquer serviços médicos decorrentes, suas consequências e/ou complicações.

10.6 Qualquer tratamento ou despesa incorrida em estabelecimento governamental, como unidades da previdência social, ou em estabelecimento privado no qual o Segurado teria direito a atendimento gratuito, bem como serviços ou tratamentos pelos quais não haveria necessidade de pagamento mesmo que não existisse cobertura de seguro. Isso inclui custos de procedimentos em instituições que recebam financiamento público ou privado relacionado a um projeto investigativo referente ao procedimento em questão.

10.7 Qualquer admissão em Hospital por mais de vinte e quatro (24) horas antes de uma cirurgia programada.

10.8 Tratamento prestado por mais de um (1) auxiliar cirúrgico, salvo se previamente aprovado pela Seguradora.

10.9 Qualquer tratamento prestado por membro da família, incluindo, entre outros, Cônjuge, pais, irmãos, filhos, ou por outra pessoa que resida regularmente no domicílio do Segurado, bem como qualquer tratamento prestado em entidade ou estabelecimento de propriedade do Segurado ou de membro da família, ou sob a operação ou supervisão do Segurado ou de membro da família, exceto quando previamente aprovado pela Seguradora.

10.10 Qualquer medicamento de venda livre, medicamento sem prescrição, suplemento alimentar e/ou nutricional, supressor de apetite, vitaminas, medicamento anti-idade, medicamentos ou tratamento para regeneração capilar.

10.11 Qualquer tratamento de Lesões sofridas enquanto o Segurado estiver servindo como membro de unidade policial ou militar, ou que decorra diretamente de sua participação em guerra, motim, rebelião, revolução, atos de terrorismo, eventos ou atos similares, comoção civil, greve, alteração da ordem pública ou qualquer atividade ilegal, inclusive a prisão decorrente.

10.12 Lesões ou Doenças causadas por, ou relacionadas a, energia atômica, radioatividade proveniente de qualquer material nuclear, resíduos nucleares, ou da combustão de combustível nuclear ou de dispositivos nucleares, bem como terapia por raios X ou tratamento de radioterapia sem supervisão médica.

10.13 Qualquer cuidado ou tratamento decorrente de, ou relacionado, direta ou indiretamente, a Doença ou Lesões autoinfligidas, esteja o Segurado em pleno juízo ou não; suicídio; tentativa de suicídio ou suicídio frustrado; consumo de álcool; uso de drogas ou medicamentos de forma diversa daquela prescrita pelo Médico do Segurado ou constante na rotulagem do produto; uso de Substâncias Ilegais ou uso ilícito de substâncias controladas; estar sob a influência de quaisquer dessas substâncias; ou em razão de brigas ou atos criminosos dos quais o Segurado participe por sua própria culpa grave, exceto nos casos em que se comprove, por sentença transitada em julgado proferida por juízo competente, que se tratou de legítima defesa.

10.14 Tratamento, serviços e suprimentos prestados por estabelecimentos que sejam casas de repouso, residências assistidas, instituições de cuidados de longa permanência, spas de saúde, clínicas de hidroterapia ou naturistas e qualquer estabelecimento similar que não seja um Hospital.

10.15 Tratamento, serviços e suprimentos em regime de internação ou ambulatorial prestados por estabelecimentos que sejam instituições psiquiátricas.

10.16 Cirurgia eletiva ou estética, ou tratamento médico, quando a finalidade principal for embelezamento e não Clinicamente Necessária em razão de Lesão, Acidente, deformidade ou Doença cobertos por esta Apólice que tenham ocorrido pela primeira vez após a Data de Início de Cobertura do Segurado.

10.17 Qualquer tratamento cirúrgico do septo nasal ou de deformidade nasal que não tenha sido causado por um Acidente ou trauma, bem como suas complicações, efeitos colaterais ou consequências.

10.18 Podologia estética ou cuidados podológicos não Clinicamente Necessários, incluindo, entre outros, pedicure, tratamentos quiropráticos, calçados ortopédicos ou outros calçados e palmilhas especiais de qualquer tipo ou formato relacionados a distúrbios sintomáticos dos pés, incluindo, entre outros, calosidades, calos, joanetes, hálux valgo, dedo em martelo, neuroma de Morton, pés planos e arcos plantares enfraquecidos.

10.19 Quaisquer custos relacionados a equipamento pessoal de rim artificial para uso domiciliar, à aquisição e implantação de coração artificial, a dispositivos externos mono ou biventriculares e a órgãos artificiais ou de origem animal.

10.20 Quaisquer despesas relacionadas à criopreservação, armazenamento de tecido ou de Células-tronco por período superior a vinte e quatro (24) horas, exceto para exames laboratoriais, procedimentos de Transplante e para preservação de Células-tronco quando incluída na Tabela de Benefícios.

10.21 Quaisquer despesas relacionadas ao reparo ou à substituição de Equipamento Médico Durável danificado, salvo quando o ciclo de vida do produto tiver expirado, bem como quaisquer despesas relacionadas à duplicação de Equipamento Médico Durável que tenha a mesma função ou finalidade.

10.22 Procedimentos, serviços e suplementos para o tratamento da síndrome da fadiga crônica.

10.23 Quaisquer despesas, serviços, procedimentos cirúrgicos, suplementos ou tratamentos não cirúrgicos para obesidade, controle de peso, perda ou ganho de peso e suas complicações relacionadas, salvo quando o benefício de Cirurgia Bariátrica, By-pass Gástrico e Outros Procedimentos Cirúrgicos para Perda de Peso estiver incluído na Tabela de Benefícios quando o Módulo Ambulatorial tiver sido contratado.

10.24 Qualquer tratamento relacionado a distúrbios de crescimento, estimulação do crescimento ósseo ou deficiência de hormônio do crescimento, independentemente do motivo da prescrição.

10.25 Medicina Complementar ou Alternativa, incluindo homeopatia, acupuntura, naturopatia, medicina chinesa ou oriental, quiropraxia, osteopatia, terapia eletromagnética e quaisquer outros tratamentos similares, bem como quaisquer complicações decorrentes de tais tratamentos, salvo quando o benefício de Medicina Complementar e Alternativa estiver incluído na Tabela de Benefícios quando o Módulo Ambulatorial tiver sido contratado.

10.26 Emissão de atestados médicos e exames quanto à aptidão do Segurado para emprego ou viagem.

10.27 Procedimentos e tratamentos em regime de internação quando a principal razão para a Hospitalização é uma Doença mental ou psiquiátrica ou um transtorno comportamental ou do desenvolvimento.

10.28 Tratamento em regime de internação ou ambulatorial com psicólogo, terapeuta cognitivo-comportamental ou profissional de saúde mental.

10.29 Tratamentos relacionados a dificuldades de aprendizagem, questões relacionadas a transtornos comportamentais (problemas educacionais ou acadêmicos, questões comportamentais consideradas disciplinares e não médicas, condições relacionadas a desajuste social sem transtorno diagnosticável) ou tratamentos prestados em ambiente educacional para apoiar o desenvolvimento educacional; avaliações psicopedagógicas, testes psicométricos, terapias com finalidade psicoeducacional ou psicopedagógica ou tratamentos de desenvolvimento infantil.

10.30 Qualquer tratamento odontológico ou ortodôntico, incluindo, entre outros, procedimentos cirúrgicos envolvendo a mandíbula, independentemente da causa ou etiologia, exceto quando Clinicamente Necessário em decorrência de um Acidente coberto, conforme previsto no benefício de "Tratamento Odontológico Decorrente de Acidente Coberto".

10.31 Exames oftalmológicos de rotina, óculos com prescrição, lentes de contato, Implantes Cocleares, procedimentos para corrigir distúrbios de refração ocular como miopia, hipermetropia e astigmatismo, exames auditivos de rotina e aparelhos auditivos.

10.32 Quaisquer despesas com testes, tratamento, medicação e/ou procedimento relacionados a uma gravidez, cuidados pré-natais ou pós-natais, parto e quaisquer Complicações de Maternidade e/ou Complicações de Parto, salvo quando o Módulo de Maternidade tiver sido contratado.

10.33 Quaisquer despesas com esterilização masculina ou feminina, ou contracepção.

10.34 Quaisquer despesas com reversão de esterilização, tratamento de infertilidade, inseminação artificial, fertilização in vitro, condições sofridas pela mãe ou pelo recém-nascido em decorrência de qualquer tipo de Tecnologia de Reprodução Assistida; tratamentos ou próteses para melhorar ou restaurar disfunções ou inadequações sexuais.

10.35 Quaisquer despesas com o tratamento médico de disforia de gênero, incluindo, entre outros, terapia de afirmação de gênero e cirurgia de afirmação de gênero.

10.36 Qualquer interrupção voluntária da gravidez, salvo quando houver evidência de condição médica da paciente que justifique o procedimento ou quando for decorrente de estupro.

10.37 Tratamento de qualquer Lesão, Acidente ou Doença resultante da participação em qualquer esporte mediante remuneração ou da prática de Esportes Profissionais.

ART. 11 REQUISITO DE NOTIFICAÇÃO PARA PRÉ-AUTORIZAÇÃO E COORDENAÇÃO

11.1 Requisito de Pré-autorização

O Segurado deve obter pré-autorização antes de incorrer em quaisquer despesas médicas associadas a tratamento ou serviços médicos de Emergência e não emergenciais para quaisquer dos benefícios, tratamentos médicos e serviços listados abaixo, quando cobertos pela Apólice, ligando para o número de telefone que consta no verso do seu cartão de identificação do seguro, conforme segue:

- a. Qualquer tratamento ou serviço médico não emergencial listado abaixo: com pelo menos três (3) dias de antecedência.

- b. Todas as Emergências para qualquer tratamento ou serviço listado abaixo: dentro de dois (2) dias após o evento, pelo Segurado ou por uma pessoa agindo em seu nome, a menos que tal notificação não seja possível devido a um motivo fora do controle do Segurado.

Para serviços que exijam pré-autorização, a Seguradora poderá exigir o uso de Patient Navigation Services como parte do processo de pré-autorização.

Os benefícios, tratamentos médicos e serviços listados abaixo não serão cobertos se a respectiva pré-autorização não tiver sido obtida:

- a. Todas as Internações Hospitalares, inclusive na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
- b. Todas as cirurgias com Internação Hospitalar e ambulatoriais, incluindo, entre outras:
 - Transplantes de Órgãos e Tecidos
 - Cirurgia Reconstructiva ou Corretiva Relacionada a Doença, Lesão ou Cirurgia Coberta
 - Cirurgia Bariátrica, By-pass Gástrico e Outros Procedimentos Cirúrgicos para Perda de Peso, Inclusive Complicações
 - Cirurgia Profilática para Redução do Risco de Câncer
 - Tratamento Cirúrgico para Distúrbios Sintomáticos dos Pés
 - Implantes ou Próteses Cirúrgicos
 - Implantes Cocleares
 - Cirurgia Refrativa Ocular
- c. Tratamento Oncológico
- d. Terapia Genética / Terapia com Células CAR-T
- e. Diálise
- f. Procedimentos Diagnósticos de Maior Complexidade Ambulatoriais
- g. Medicamentos Altamente Especializados Ambulatoriais
- h. Terapia de Reabilitação Ambulatorial
- i. Transtornos do Espectro Autista
- j. Terapias Ocupacionais, Ortópticas e Fonoaudiológicas
- k. Consultas com Psicólogo
- l. Home Care (Enfermeiro Particular)
- m. Assistência à Gestação e Parto
- n. Ambulância Aérea
- o. Condições Congênitas e Hereditárias
- p. HIV/AIDS

- q. Apneia do Sono e Outros Distúrbios do Sono
- r. Equipamentos Médicos Duráveis, Próteses Externas e Dispositivos Ortopédicos
- s. Cuidados para Pacientes em Estado Terminal
- t. Repatriação de Restos Mortais ou Serviços de Cremação

11.2 Requisito de Coordenação

Além de exigir pré-autorização, os seguintes benefícios, tratamentos médicos e serviços também devem ser coordenados pela Seguradora:

- a. Transplantes de Órgãos e Tecidos
- b. Cirurgia Bariátrica, By-pass Gástrico e Outros Procedimentos Cirúrgicos para Perda de Peso, Inclusive Complicações
- c. Cirurgia Profilática para Reduzir o Risco de Câncer
- d. Implantes Cocleares
- e. Terapia Genética / Terapia com Células CAR-T
- f. Medicamentos Altamente Especializados Ambulatoriais
- g. Ambulância Aérea

ART. 12 PROCESSO DE REEMBOLSO

A Seguradora poderá efetuar o pagamento direto aos Prestadores em todo o mundo pelas Despesas Cobertas, mediante o recebimento de todas as informações exigidas e completas para processar o sinistro. Quando o pagamento direto ao Prestador não for possível, ou quando o Segurado já tiver pagado o Prestador, a Seguradora poderá reembolsar o Segurado Titular, conforme previsto neste documento. Nenhum sinistro deverá ser apresentado quando o Prestador tiver concordado em receber o pagamento direto da Seguradora.

12.1 Condições Gerais

As solicitações de reembolso devem ser recebidas em até doze (12) meses a contar da data do tratamento ou do serviço. Uma vez iniciado o processo, quaisquer informações adicionais solicitadas pela Seguradora deverão ser fornecidas em até noventa (90) dias. O não cumprimento desse prazo poderá resultar no encerramento do sinistro e na liberação de responsabilidade.

Para ser reembolsado pelas Despesas Cobertas, o Segurado deverá apresentar um sinistro digital à Seguradora, enviando evidências suficientes de todas as despesas.

12.2 Documentação Necessária

O Segurado deverá enviar uma solicitação de reembolso digital por meio do Portal do Segurado, anexando os respectivos prontuários médicos e faturas discriminadas, incluindo:

- a. Nome do paciente e data de nascimento;

- b. Diagnóstico e tipo de serviço (consulta, procedimento, Hospitalização, exames etc.);
- c. Data e custo de cada serviço;
- d. Comprovante de pagamento;
- e. Nome do Prestador, especialidade e número de identificação fiscal/afiliação.

Para Despesas Cobertas incorridas nos Estados Unidos da América, o Segurado deverá apresentar:

- a. Formulário CMS-1500 (emitido por Médicos);
- b. Formulário UB-04 (emitido por Hospitais);
- c. Fatura discriminada contendo informações do Prestador, serviços prestados, dados do paciente, data e códigos aplicáveis (CPT/HCPCS/ICD-10).

Para despesas com farmácia, deverão ser apresentados tanto o comprovante de pagamento quanto a prescrição médica, identificando claramente o Medicamento de Prescrição.

Em caso de Acidentes, o Segurado também deverá apresentar uma declaração por escrito com os detalhes do Acidente e, quando disponível, o boletim de ocorrência policial.

Quando forem apresentadas solicitações de reembolso referentes a mais de um Segurado ao mesmo tempo, cada solicitação deverá ser enviada separadamente por Segurado, Prestador e evento, com despesas devidamente discriminadas.

12.3 Cooperação

É obrigação do Segurado cooperar com a Seguradora em todos os requisitos necessários para o processamento de uma solicitação de reembolso, tais como auditorias e/ou visitas agendadas de pessoal designado pela Seguradora para confirmar a veracidade de um diagnóstico, tratamento ou sinistro. O Segurado deve permitir o acesso a informações médicas e a Prestadores de serviços de saúde, especialmente em sinistros relacionados a cuidados de longa duração ou Cuidados Paliativos. A não cooperação ou a recusa em cooperar para esse fim poderá resultar na suspensão de benefícios ou na negativa de sinistros.

12.4 Reembolso

O reembolso poderá ser efetuado na moeda da fatura, na moeda local do Segurado ou em dólares americanos (US\$), a critério da Seguradora.

O valor total do reembolso não poderá exceder o montante efetivamente pago pelo Segurado pelas Despesas Cobertas. O pagamento está sujeito aos valores Usuais, Costumeiros e Razoáveis (UCR) e não poderá exceder os custos efetivamente incorridos.

No caso de falecimento do Segurado Titular, os benefícios não pagos serão reembolsados ao Beneficiário designado ou aos herdeiros legais.

Pequenos Reembolsos: reembolsos inferiores a cem dólares (US\$100) poderão ser retidos e acumulados com reembolsos subsequentes ou aplicados a prêmios futuros, a critério da Seguradora. Qualquer valor aplicado a um prêmio futuro reduzirá o prêmio devido.

Erros de Cobertura: se despesas excluídas forem reembolsadas por engano ou se um pagamento posteriormente for considerado indevido, a Seguradora poderá solicitar o reembolso ao Segurado e não será obrigada a continuar efetuando pagamentos a partir da data em que o erro for identificado.

ART. 13 ADMINISTRAÇÃO: ARTIGOS GERAIS

13.1 Condições Preexistentes

As Condições Preexistentes declaradas na Solicitação de Seguro Saúde poderão ser cobertas pela Apólice, sujeitas aos termos, condições e limitações previstos na Apólice, incluindo qualquer Período de Carência da Apólice, Período de Carência de Benefício, quaisquer limitações e exclusões que possam constar na Apólice e/ou no Certificado de Cobertura, bem como quaisquer Endossos.

As Condições Preexistentes **não declaradas** na Solicitação de Seguro Saúde não serão cobertas. Os riscos associados a complicações ou a outras condições decorrentes, direta ou indiretamente, de Condições Preexistentes não declaradas não são cobertos. A Seguradora reserva-se integralmente o direito de modificar, excluir retroativamente ou limitar a cobertura, parcial ou totalmente, rescindir ou cancelar a Apólice ao tomar conhecimento de qualquer omissão, declaração inexata ou Condição Preexistente não declarada na Solicitação de Seguro Saúde.

13.2 Dispensa do Período de Carência da Apólice

O Período de Carência da Apólice poderá ser dispensado, a exclusivo critério da Seguradora (se indicado no Certificado de Cobertura), caso:

- a. No momento da solicitação de cobertura, o Segurado comprove que estava anteriormente segurado por um plano com cobertura médica internacional semelhante, que tenha permanecido vigente por, no mínimo, um (1) ano contínuo imediatamente anterior à Data de Vigência da Apólice solicitada, sem qualquer interrupção de cobertura;
- b. A Solicitação de Seguro Saúde seja apresentada à Seguradora dentro de trinta (30) dias após o término da cobertura anterior; e
- c. A existência de cobertura anterior seja declarada na Solicitação de Seguro Saúde, e a Seguradora receba uma cópia da apólice anterior e do comprovante de pagamento do prêmio do último ano ou do último aviso de renovação emitido por essa seguradora, juntamente com a Solicitação de Seguro Saúde.

Se o Período de Carência da Apólice for dispensado, os benefícios pagáveis por qualquer condição que ocorra durante os primeiros trinta (30) dias da Data de Vigência da Cobertura de cada Segurado ficarão permanentemente limitados ao menor benefício previsto para essa condição entre esta Apólice e a apólice anterior.

13.3 Dados Pessoais

A Seguradora está comprometida com a coleta, o uso, o compartilhamento, a transferência e a proteção responsáveis dos Dados Pessoais que lhe são confiados por nossos clientes, de acordo com seu Aviso de Privacidade, disponível em www.bestdoctorsinsurance.com. Ao aceitar e assinar os documentos da

Apólice, o Contratante e os Segurados autorizam a Seguradora a tratar seus Dados Pessoais, inclusive Dados Pessoais Sensíveis, para fins relacionados à administração da Apólice.

13.4 Autorização para Compartilhar Informações Médicas com o Consultor Independente

Ao aceitar esta Apólice, o Segurado Titular entende e concorda que o Consultor Independente terá acesso às informações de saúde e às informações médicas confidenciais (passadas, presentes e futuras) do Segurado Titular e dos Dependentes Segurados, as quais poderão ser enviadas à Seguradora ou a qualquer uma de suas afiliadas ou subcontratadas, sem qualquer aviso prévio ao Segurado Titular. Além disso, o Segurado Titular entende e concorda que a Seguradora disponibilizará essas informações ao Consultor Independente, em nome do Segurado, a fim de facilitar a transferência de informações entre o Segurado Titular e a Seguradora durante o processamento de sinistros e a prestação de serviços médicos. O Segurado Titular concorda que a Seguradora poderá fornecer/entregar tais informações ao Consultor Independente por qualquer meio escolhido pela Seguradora, a seu exclusivo critério. Portanto, a Seguradora não é obrigada a solicitar consentimento aos Segurados toda vez que precisar compartilhar informações médicas confidenciais.

13.5 Autoridade

Nenhum Consultor Independente tem autoridade para modificar a Apólice ou para renunciar a quaisquer de seus termos e condições. Após a emissão, quaisquer modificações na Apólice não serão válidas, salvo se aprovadas por escrito por um representante autorizado da Seguradora, e tal aprovação for validada por meio de um Endosso à Apólice. Quaisquer erros materiais nos documentos que constituem o contrato não obrigam a Seguradora e poderão ser corrigidos, tão logo sejam detectados, por meio de um Endosso ao Certificado de Cobertura.

13.6 Alteração do País de Residência

O Segurado Titular deve notificar a Seguradora, por escrito, sobre qualquer alteração do seu País de Residência nos primeiros trinta (30) dias após a sua ocorrência. A alteração do País de Residência poderá resultar em ajuste do prêmio, da Franquia Individual ou do plano, ou no cancelamento da Apólice, com base na nova área geográfica, a critério exclusivo da Seguradora. A falta de notificação à Seguradora sobre qualquer alteração no País de Residência do Segurado Titular poderá resultar na modificação ou no cancelamento da Apólice.

13.7 Coordenação de Benefícios com Outras Coberturas de Seguro

Caso exista outra cobertura de seguro saúde (mas não programas locais patrocinados pelo governo) ou um terceiro que tenha responsabilidade ou obrigação legal de pagamento, isso deverá ser declarado no momento do preenchimento da Solicitação de Seguro Saúde ou quando tal cobertura for adquirida. Um plano patrocinado pelo governo é qualquer programa de saúde ou benefício oferecido e/ou fornecido por qualquer órgão governamental. Ao apresentar uma solicitação de reembolso, deverá ser enviado comprovante da outra cobertura de seguro, juntamente com uma cópia das faturas discriminadas e comprovantes dos pagamentos efetuados pela outra seguradora ou pelo programa patrocinado pelo governo.

A Seguradora iniciará o processo de coordenação de benefícios determinando quais valores pagos pela outra seguradora ou pelo programa patrocinado pelo governo serão aplicados à Franquia Individual, de acordo com os benefícios e limitações desta Apólice. O valor total dos pagamentos não poderá exceder o montante das Despesas Cobertas incorridas.

Em todas as situações envolvendo planos de seguro privados, a Seguradora atuará como seguradora secundária e pagará apenas a parcela cabível da solicitação.

13.8 Ordem de Precedência no Pagamento de Benefícios

Fora do País de Residência do Segurado, a Seguradora funcionará como seguradora secundária e mantém o direito de coordenar benefícios e/ou cobrar pagamento de qualquer outra seguradora, plano médico pré-pago ou órgão governamental.

Se um Segurado estiver coberto por um plano coletivo empresarial do empregador, o pagador primário é o plano de seguro saúde coletivo que cobre o Segurado como empregado, assinante, dependente ou membro. O pagador secundário é o plano de seguro saúde da Seguradora que cobre o paciente como Segurado Titular ou Dependente Segurado.

13.9 Reembolsos de Prêmio Não Ganho

Se o Contratante ou a Seguradora cancelar a Apólice após sua emissão, reintegração ou renovação, a Seguradora reembolsará ao Contratante a parte do prêmio não ganho referente ao período remanescente de cobertura da Apólice, a partir da data de rescisão, até o limite máximo de sessenta e cinco por cento (65%) do valor do prêmio líquido. No entanto, a Seguradora reterá trinta e cinco por cento (35%) do prêmio líquido para cobrir custos administrativos, os quais não serão reembolsados. A parte do prêmio não ganho é calculada com base no número de dias restantes na Apólice após a data de rescisão, levando em consideração a periodicidade de pagamento, menos o número de dias durante os quais a Apólice esteve em vigor. Se o valor da parte do prêmio não ganho a ser reembolsado for inferior a cem dólares (US\$100), tal prêmio não ganho não será reembolsado.

No caso de falecimento do Segurado Titular e mediante a apresentação de documentos razoavelmente exigidos pela Seguradora, a parte do prêmio não ganho correspondente ao Segurado Titular falecido será paga ao Contratante. Se o Contratante e o Segurado Titular forem a mesma pessoa, a parte do prêmio não ganho correspondente ao Segurado Titular falecido será reembolsada ao Beneficiário designado ou aos herdeiros legais do Segurado Titular.

13.10 Moeda

Todos os valores monetários declarados nesta Apólice estão expressos em Dólares Americanos (US\$).

13.11 Exames Médicos, Segunda Opinião Médica e Dever de Cooperar

A Seguradora reserva-se o direito de solicitar um exame médico ou uma Segunda Opinião Médica de qualquer Segurado cuja condição ou Lesão seja a base de uma solicitação, quando e tantas vezes quanto a Seguradora considerar necessário, enquanto a solicitação estiver sendo avaliada.

O Segurado deve fornecer prontamente todas as informações solicitadas pela Seguradora relacionadas à sua saúde antes, durante e após a emissão da Apólice, bem como fornecer seu consentimento expresso aos profissionais e às instituições médicas onde foi atendido para que possam disponibilizar à Seguradora todas as informações necessárias para reunir o prontuário médico completo do Segurado em cada caso.

13.12 Relatórios Médicos

A Seguradora solicitará todos os prontuários e relatórios médicos necessários diretamente ao Prestador quando tiver sido acordado o pagamento direto com o Prestador, ou ao Segurado no caso de reembolsos.

O Segurado é, em última instância, responsável por obter todos os prontuários, relatórios e informações médicas necessárias para processar uma solicitação. O Segurado reconhece que, para obter prontuários médicos junto aos Prestadores, a Seguradora precisará de formulários de autorização devidamente assinados pelo Segurado, os quais poderão ser solicitados pelo Prestador ou pela Seguradora. A não obtenção, em tempo hábil, da autorização necessária ou dos prontuários ou relatórios médicos pertinentes, conforme estabelecido nesta Apólice, poderá resultar no atraso ou na negativa de uma solicitação.

13.13 Cancelamento ou Não Renovação da Apólice

A Apólice será considerada automaticamente cancelada caso ocorra qualquer uma das seguintes circunstâncias:

- a. Falta de pagamento do prêmio integral devido, conforme exigido.
- b. O Contratante notifica a Seguradora, por escrito, de sua decisão de não continuar com a cobertura do seguro.
- c. Notificação por escrito da Seguradora ao Contratante, informando que a Apólice foi cancelada nos termos do artigo "Fraude, Declaração Falsa, Omissão ou Dolo".

O cancelamento antecipado da Apólice ocorrerá sem afetar o direito do Segurado de receber pagamentos por Despesas Cobertas incorridas antes da data de cancelamento, exceto em caso de fraude, declaração falsa, omissão ou dolo. Qualquer tratamento realizado após a data de cancelamento da Apólice não será coberto, independentemente da data em que a condição, Lesão, Doença ou Acidente tenha ocorrido ou se manifestado pela primeira vez e independentemente de eventual necessidade de tratamento adicional.

A Seguradora não poderá cancelar a Apólice de um Segurado como penalidade pelo histórico de solicitações.

Em caso de cancelamento ou não renovação da Apólice, os Dependentes Segurados poderão ser autorizados a continuar cobertos por uma nova Apólice sem avaliação de subscrição, desde que cumpram os requisitos conforme especificado no artigo "Elegibilidade e Término de Cobertura". Esses Dependentes Segurados estarão sujeitos aos mesmos termos, condições, exclusões e Endossos da

Apólice anterior e deverão apresentar uma nova Solicitação de Seguro Saúde dentro de trinta (30) dias a partir da data de cancelamento ou não renovação da Apólice na qual eram Dependentes Segurados.

Se a Seguradora cancelar ou anular a Apólice por fraude, declaração falsa, omissão ou dolo, ela se reserva o direito de emitir uma nova Apólice para quaisquer Dependentes Segurados da Apólice cancelada.

13.14 Fraude, Declaração Falsa, Omissão ou Dolo

Se um Segurado tentar ou conseguir obter benefícios para si ou para outra pessoa por meio de fraude, declaração falsa, omissão ou dolo que, de outra forma, não seriam devidos ou pagáveis, a Seguradora, a seu exclusivo critério, poderá cancelar ou rescindir unilateralmente a Apólice, inclusive retroativamente desde o início, resultando na perda automática, pelo Segurado Titular e pelos Dependentes Segurados, de todos os seus direitos de cobertura sob esta Apólice. Além disso, como consequência de fraude, declaração falsa, omissão ou dolo, o Segurado Titular ou o Contratante será responsável por reembolsar imediatamente a Seguradora, mediante a primeira solicitação da Seguradora, por todos os pagamentos por ela efetuados ao Segurado Titular ou diretamente ao Prestador sob esta Apólice. Da mesma forma, a Seguradora reserva-se o direito de recusar o pedido de reembolso de qualquer parcela do prêmio não ganho, bem como de reter quaisquer valores ou quantias que fossem devidos ou pagáveis ao Segurado Titular ou aos Dependentes Segurados sob a Apólice desde o início.

13.15 Emissão da Apólice

Sob o princípio da mobilidade dos clientes, esta Apólice é emitida e entregue em Bermuda.

13.16 Frequência de Pagamento

Esta Apólice é considerada um contrato anual. Os prêmios podem ser pagos anualmente, semestralmente ou trimestralmente quando previamente aprovados pela Seguradora.

13.17 Período de Graça

A Seguradora concederá um Período de Graça de trinta (30) dias para o pagamento do prêmio total devido. O Período de Graça terá início na Data de Vencimento da Apólice. Se o prêmio total devido não for pago dentro do Período de Graça, a Seguradora encerrará a cobertura às 23:59 do último dia do período coberto pelo último pagamento efetuado. As Despesas Cobertas incorridas pelos Segurados durante o Período de Graça serão pagas, desde que o prêmio total devido seja pago antes do término do Período de Graça.

13.18 Pagamento do Prêmio

O pagamento do prêmio total é de responsabilidade do Contratante ou do Segurado Titular, na ausência de um Contratante. O prêmio total é pagável anualmente na Data de Renovação da Apólice ou em qualquer outra Data de Vencimento previamente autorizada pela Seguradora. O pagamento do prêmio total torna a Apólice efetiva durante o período para o qual o prêmio tiver sido pago. Qualquer prêmio pago em excesso não resultará em aumento de responsabilidade pela Seguradora. Esse pagamento apenas dará direito ao reembolso do valor excedente pago, sem acréscimo de quaisquer juros, e será

reembolsado da mesma forma em que foi pago. A falta de pagamento do prêmio total devido conforme acordado dará à Seguradora o direito à rescisão unilateral e integral da Apólice.

O recebimento de uma notificação ou demonstrativo de renovação pelo Contratante, ou por qualquer outra pessoa ou entidade relacionada à Apólice, não é condição precedente para a obrigação do Contratante de pagar o prêmio exigido pela Apólice. Caso o Contratante tenha dúvidas sobre o valor devido ou o respectivo prazo, o Contratante poderá contatar o Consultor Independente ou a Seguradora.

Quaisquer tentativas da Seguradora de cobrar o valor do prêmio devido não significam que a Seguradora esteja renunciando ao seu direito de cancelar a Apólice por falta de pagamento do prêmio devido. Se o prêmio devido for referente à renovação da Apólice, a falta de pagamento integral após o término do Período de Graça será interpretada como uma decisão expressa do Contratante de não renovar a Apólice, e ela será considerada automaticamente cancelada.

13.19 Alterações de Taxas de Prêmio

A Seguradora reserva-se o direito de alterar as taxas de prêmio de forma global, e não individualmente, na ocasião de cada Data de Renovação. Nenhum Segurado individual será penalizado com aumento de prêmio com base em seu histórico de sinistros.

13.20 Restabelecimento da Apólice

Após o cancelamento de uma Apólice por falta de pagamento do prêmio exigido após o término do Período de Graça, a Apólice poderá ser restabelecida, a critério da Seguradora, de acordo com o seguinte:

- a. Se o Contratante pagar o valor do prêmio exigido dentro de trinta (30) dias após o término do Período de Graça, a Apólice poderá ser reintegrada sem que o Segurado Titular e os Dependentes Segurados precisem preencher um novo Certificado de Boa Saúde para avaliação de subscrição.
- a. Apólices inadimplentes poderão ser renovadas a critério da Seguradora mediante o recebimento de um Questionário Médico (contido na Solicitação de Seguro Saúde) ou do Certificado de Boa Saúde fornecido pela Seguradora para o Segurado Titular e os Dependentes Segurados.

13.21 Resolução de Disputas e Lei Aplicável

- a. Qualquer disputa, controvérsia ou reclamação decorrente ou relacionada a esta Apólice, incluindo sua formação, existência, validade, interpretação, violação ou rescisão, ainda que envolva responsabilidade extracontratual, será submetida à arbitragem final e vinculante, de acordo com a Bermuda International Conciliation and Arbitration Act 1993 ("1993 Act") (incluindo o Anexo 2 da 1993 Act, mas excluindo a Parte II referente à conciliação), conforme alterada periodicamente, ou de acordo com legislação sucessora aplicável. Caso a 1993 Act seja considerada inaplicável, a arbitragem será conduzida conforme a Bermuda Arbitration Act 1986 ("1986 Act"), conforme alterada periodicamente, ou legislação sucessora.
- b. O tribunal arbitral será composto por três (3) árbitros escolhidos de comum acordo pelas partes. Cada parte indicará um (1) árbitro em até quarenta e cinco (45) dias do início da arbitragem. Caso uma das partes não indique, o árbitro será nomeado pelo Appointments Committee do Chartered

Institute of Arbitrators (CIArb) da filial de Bermuda ou, caso não possa atuar, por um Juiz da Suprema Corte de Bermuda (Commercial Court). Os dois (2) árbitros assim nomeados indicarão o terceiro árbitro ("Presidente do Tribunal") em até sessenta (60) dias do início da arbitragem.

- c. Caso os árbitros não cheguem a acordo quanto ao terceiro árbitro, este será nomeado pelo Appointments Committee da filial de Bermuda do CIArb ou, na sua ausência, por um Juiz da Suprema Corte de Bermuda (Commercial Court). Todos os árbitros deverão ser independentes, neutros e imparciais, sendo obrigatoriamente juiz aposentado ou advogado com ao menos dez (10) anos de experiência ativa em direito securitário e/ou ressecuritário.
- d. O tribunal arbitral terá poderes para definir as regras processuais da arbitragem, podendo admitir provas escritas ou orais, ainda que não estritamente admissíveis, conforme considere adequado.
- e. Cada parte arcará com os custos de sua própria representação e de seu árbitro indicado, além de metade dos custos do terceiro árbitro e demais despesas da arbitragem.
- f. A sede e o local da arbitragem serão em Bermuda. O idioma a ser utilizado será o inglês.
- g. O acordo de arbitragem será executável em qualquer tribunal com jurisdição competente.
- h. Qualquer sentença arbitral será emitida por escrito, com fundamentação de fato e de direito, sendo final e vinculante para todas as partes.
- i. Nenhuma das partes poderá recorrer ou solicitar revisão judicial da sentença arbitral.
- j. A sentença arbitral poderá ser homologada em qualquer tribunal competente.
- k. A lei aplicável a esta Apólice, incluindo este acordo de arbitragem, será a lei de Bermuda.

13.22 Sub-rogação e Indenização

A Seguradora tem direito à sub-rogação ou ao reembolso dos pagamentos que tiver efetuado por serviços prestados em nome do Segurado, se e quando o Segurado tiver recuperado, de um terceiro, a totalidade ou parte dos pagamentos efetuados ou incorridos. Além disso, a Seguradora tem o direito de, às suas próprias expensas, atuar em nome do Segurado em qualquer ação judicial contra terceiros que possam ser responsáveis por uma solicitação de reembolso apresentada nos termos desta Apólice ou que possam ter causado uma Lesão ou um Acidente para os quais são previstos benefícios nos termos desta Apólice. Isso se aplica mesmo que o Segurado não receba o valor total da solicitação junto a tais terceiros, ou mesmo que os valores recebidos pelo Segurado sejam descritos como pagamentos por qualquer coisa que não seja despesas com cuidados de saúde. O valor que o Segurado deverá reembolsar à Seguradora não será reduzido por honorários advocatícios ou despesas incorridas pelo Segurado.

O Segurado deverá colaborar com a Seguradora, fornecendo todas as informações necessárias e preenchendo e assinando a documentação necessária para que a Seguradora recupere os pagamentos efetuados. Isso significa que o Segurado deverá notificar a Seguradora antes de tentar resolver qualquer solicitação relacionada a Lesões sofridas por ato ou omissão de um terceiro para a qual a Seguradora tenha pagado benefícios. O Segurado se absterá de praticar quaisquer atos que possam, de qualquer forma, limitar o direito da Seguradora de obter reembolso integral de quaisquer pagamentos efetuados por serviços médicos em nome do Segurado.

13.23 Alteração de Franquia Individual ou do Plano

Na Data de Renovação da Apólice, o Contratante poderá solicitar a alteração da Franquia Individual ou do plano. A Seguradora reserva-se o direito de aceitar tais alterações ou de emitir aprovação sujeita a condições e/ou restrições específicas.

Se o Contratante solicitar a alteração para uma Franquia Individual menor ou para um plano com benefícios mais elevados, a solicitação estará sujeita à subscrição. Se um Segurado estiver em tratamento médico ativo ou tiver sido recentemente diagnosticado com uma condição médica no momento da solicitação, a Franquia Individual e/ou o plano poderão não ser alterados.

Se uma alteração for aprovada, se aplicarão as seguintes condições:

a. Primeiros Trinta (30) Dias Após a Alteração

Para qualquer Doença ou Lesão (exceto um Acidente ou uma Doença infecciosa), a cobertura ficará limitada a:

- **a maior** das Franquias Individuais entre o plano anterior e o novo plano; e
- **o menor** dos benefícios entre o plano anterior e o novo plano, exceto aqueles listados em Benefícios Específicos abaixo.

b. Período de Carência de Benefício

- Para todos os benefícios sujeitos a um Período de Carência de Benefício, o período de carência aplicável deverá ser cumprido antes que o benefício se torne pagável.
- Se o valor de um benefício no novo plano for superior ao do plano anterior, o limite inferior do benefício do plano anterior prevalecerá durante o Período de Carência de Benefício especificado na Tabela de Benefícios, a contar da data da alteração.
- Para benefícios com Período de Carência de Benefício que não estavam incluídos no plano anterior, o Período de Carência de Benefício terá início na data de vigência da alteração para Segurados já existentes, ou na Data de Vigência da Cobertura para Dependentes Segurados incluídos posteriormente.

c. Benefícios Específicos

Os benefícios a seguir ficarão limitados ao **menor** valor coberto entre o plano anterior e o novo plano:

- Cirurgia Profilática para Reduzir o Risco de Câncer pelos doze (12) meses seguintes à data da alteração
- Cirurgia Bariátrica, By-pass Gástrico e outros Procedimentos Cirúrgicos para Perda de Peso pelos vinte e quatro (24) meses seguintes à data da alteração

Assistência à Gestação e Parto e Complicações na Gestação e Parto pelos dez (10) meses seguintes à data da alteração.

d. Benefícios Vitalícios

Quaisquer valores já pagos para benefícios vitalícios sob qualquer outra Apólice, plano e/ou Anexo da Seguradora ou de quaisquer de suas afiliadas serão acumulados em relação ao mesmo benefício no novo plano.

13.24 Relação do Segurado com Prestadores de Serviços Médicos e Hospitalares

A Seguradora não é um prestador de serviços médicos. Seu papel limita-se a oferecer e administrar a cobertura de seguro para determinadas atividades de cuidados médicos realizadas por prestadores de serviços médicos devidamente autorizados e licenciados, sujeitas aos termos, condições, exclusões e limitações estabelecidos na Apólice.

A Seguradora não oferece e não é responsável pela qualidade dos serviços, nem por indicações ou opiniões médicas, diagnósticos, tratamentos, prescrição de medicamentos ou outros serviços médicos, incluindo, entre outros, implantes, terapias, cirurgias e seus possíveis efeitos colaterais ou interações. Todas as decisões médicas, incluindo a escolha de tratamentos, terapias, prescrições e o uso de implantes ou quaisquer outros dispositivos médicos, são de responsabilidade exclusiva do Segurado e de seu prestador de serviços médicos. O Segurado é responsável por suas decisões quanto à aceitação de indicações médicas e à realização dos tratamentos correspondentes recomendados por seus prestadores de serviços médicos.

O Segurado reconhece que todas as indicações médicas, tratamentos e terapias, incluindo, entre outros, o uso de quaisquer medicamentos, próteses ou implantes, envolvem riscos. A decisão e a aceitação de prosseguir com qualquer um deles é de responsabilidade única e exclusiva do Segurado e de seu prestador de serviços médicos, considerando os possíveis benefícios e riscos.

O Segurado assume e exonera a Seguradora, suas afiliadas, administradores, diretores, empregados, Consultores Independentes e agentes de qualquer solicitação de reembolso, dano, perda, responsabilidade, impacto, custos e despesas decorrentes dos tratamentos e serviços médicos que possa ter recebido.

ART. 14 DEFINIÇÕES

Acidente

Qualquer evento violento, súbito, imprevisto e não intencional, produzido exclusivamente por causa externa, que resulte direta e independentemente de outras causas em Lesão corporal ao Segurado.

Acidente Grave

Evento súbito ou inesperado, causado por fonte externa, involuntária, imprevista, fortuita, repentina e violenta, que resulte em dano corporal comprovável ou Lesão que exija Internação Hospitalar imediata por período superior a vinte e quatro (24) horas. Para casos envolvendo nariz, ligamentos, coluna, joelhos e/ou grandes articulações, somente fraturas, rupturas ou Politrauma serão considerados Acidentes Graves.

Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Os Acidentes Vasculares Cerebrais (derrames) são causados por coágulos sanguíneos ou ruptura de vasos sanguíneos no cérebro, resultando em danos ao tecido cerebral. Os sintomas incluem tontura, dormência, fraqueza em um dos lados do corpo e dificuldades para falar, escrever ou compreender a linguagem. O risco de Acidente Vascular Cerebral é aumentado por hipertensão arterial, idade avançada, tabagismo, diabetes, colesterol elevado, doenças cardíacas, aterosclerose (acúmulo de material gorduroso e placas no interior das artérias coronárias) e histórico familiar de Acidente Vascular Cerebral.

Aeronave Privada

Qualquer aeronave utilizada para voos pessoais ou de negócios que não seja operada em linha regular nem fretada por companhia aérea comercial.

Ambulância Aérea

Transporte aéreo equipado e com equipe médica treinada para a remoção de um Segurado do Hospital em que se encontra para o Hospital mais próximo, devidamente coordenado pela Seguradora. Este plano oferece este serviço exclusivamente em caso de Emergência, conforme definido nesta Apólice.

Ambulância Terrestre

Transporte terrestre equipado com recursos médicos e com pessoal treinado para a remoção de pessoas doentes ou lesionadas.

Anexo

Documento adicionado à Apólice pela Seguradora que prevê cobertura adicional opcional e um conjunto próprio de termos e condições aplicáveis a essa cobertura adicional opcional.

Angioplastia

Procedimento não cirúrgico utilizado para desobstruir ou dilatar artérias coronárias estreitadas ou obstruídas. O procedimento consiste na introdução, através da pele em uma extremidade, de um cateter com balão inflável, que é insuflado ao atingir o local da estenose arterial. O balão comprime a placa aterosclerótica intraluminal contra a parede da artéria, restaurando o diâmetro do lúmen e, assim, normalizando o fluxo sanguíneo para o miocárdio.

Ano da Apólice

Período de doze (12) meses consecutivos com início na Data de Vigência da Apólice e cada período subsequente de doze (12) meses após a renovação da Apólice.

Apólice

O contrato integral entre a Seguradora e o Contratante no que se refere aos benefícios aqui previstos. Os seguintes documentos constituem a Apólice — e nenhum outro documento, correspondência, discussão, acordo e/ou negociação prévia será considerado parte da Apólice:

- a. As Condições de Cobertura (este documento);
- b. A respectiva Tabela de Benefícios;
- c. A Solicitação de Seguro Saúde;
- d. Qualquer documento que possa ser exigido para incluir novos Dependentes Segurados na Apólice, alterar o risco segurado, migrar (upgrade) ou rebaixar (downgrade) para outro plano médico, restabelecer a Apólice ou solicitar pagamento de benefícios nos termos desta Apólice;
- e. O Certificado de Cobertura;
- f. Quaisquer Endossos que modifiquem os termos e condições da Apólice; e
- g. Quaisquer Anexos ou Módulos que incluam coberturas adicionais.

Em caso de divergência, os Endossos e Anexos prevalecerão sobre as disposições das Condições de Cobertura. A versão em inglês desta Apólice prevalecerá e será o documento controlador em caso de qualquer dúvida ou controvérsia quanto à redação das versões traduzidas desta Apólice. A versão em português deste documento poderá ser disponibilizada como cortesia ao Segurado e poderá ser solicitada diretamente à Seguradora ou por meio do Consultor Independente. Os documentos poderão ser enviados em formato eletrônico. O Segurado tem o direito de solicitar cópias impressas desses documentos.

Área de Cobertura

Área geográfica na qual a despesa deve ser incorrida para ser elegível a pagamento ou reembolso nos termos desta Apólice. A Área de Cobertura está indicada na Tabela de Benefícios.

Atividades de Alto Risco

Atividades com potencial significativamente elevado de Lesão pessoal ou dano, geralmente envolvendo velocidade, altura, ferramentas perigosas ou substâncias de risco, e que exigem planejamento cuidadoso, medidas de segurança e observância de diretrizes específicas. Exemplos de Atividades de Alto Risco incluem, entre outros, paraquedismo, alpinismo, escalada, trilhas de montanha, touradas, qualquer tipo de esporte aéreo, espeleologia, canoagem em corredeiras acima do grau 5, salto de paraquedas, parapente, asa-delta, parapenting, competições de velocidade, corridas de motocicleta, esportes ou competições com veículos motorizados, mergulho autônomo a profundidade superior a 30 metros (100 pés), boxe, equitação e bungee jumping.

Beneficiário

Pessoa designada na Solicitação de Seguro Saúde para receber o reembolso de eventual prêmio não ganho e de quaisquer reembolsos pendentes de Despesas Cobertas, em caso de falecimento do Segurado Titular.

Câncer

Doença caracterizada pelo crescimento descontrolado de algumas células do corpo, que podem se disseminar para outras partes do organismo. Células anormais ou danificadas crescem e se multiplicam quando não deveriam. Essas células podem formar tumores, que são massas de tecido. Tumores cancerígenos se espalham ou invadem tecidos próximos e podem alcançar partes distantes do corpo, formando novos tumores (metástases). Tumores cancerígenos também podem ser chamados de tumores malignos. Muitos tipos de Câncer formam tumores sólidos, porém os Cânceres do sangue, como as leucemias, geralmente não o fazem.

Células-tronco

Células-tronco são células humanas especiais com capacidade de se desenvolver em diversos tipos celulares. Podem se dividir e se renovar, desempenhando papel fundamental na reparação de tecidos danificados e no suporte aos processos naturais de cicatrização do organismo.

Certificado de Cobertura

Documento que integra a Apólice e que especifica a Data de Vigência da Apólice, relaciona todas as pessoas cobertas com suas respectivas Datas de Início de Cobertura, bem como quaisquer condições e/ou limitações de cobertura.

Cesárea de Emergência

Intervenção cirúrgica que deve ser realizada imediatamente em razão de complicações ou condições médicas que coloquem em risco a vida ou a saúde da mãe, do feto ou de ambos.

Cesárea Eletiva

Intervenção cirúrgica programada que não é considerada Urgente nem uma Emergência. As Cesáreas Eletivas são, em geral, planejadas com antecedência, diferentemente das Cesáreas de Emergência, que são realizadas imediatamente em razão de condição médica que coloque em risco a vida ou a saúde da mãe ou do feto.

Check-up de Rotina

Check-up de Rotina, também denominado consulta de bem-estar ou consulta de cuidado preventivo, é uma consulta regular com um prestador de serviços de saúde para monitorar a saúde geral e prevenir potenciais problemas antes que se tornem graves. Tem foco na manutenção da boa saúde e na identificação precoce de possíveis condições, em vez do tratamento de doenças já existentes. Pode incluir exame físico, revisão de histórico médico, rastreamentos para determinadas condições, vacinas e orientações de saúde.

Check-up Pediátrico de Rotina

Check-up Pediátrico de Rotina, ou consulta de puericultura, é essencial para monitorar o crescimento, o desenvolvimento e a saúde geral da criança, incluindo vacinas, rastreamentos e o esclarecimento de dúvidas dos pais/responsáveis. Esses check-ups ajudam a identificar precocemente potenciais problemas de saúde, oferecem oportunidade para discutir preocupações e garantem que a criança receba as vacinas e os rastreamentos necessários, além de acompanhar seu crescimento e desenvolvimento.

Cirurgia de Revascularização do Miocárdio

A Cirurgia de Revascularização do Miocárdio é um procedimento cirúrgico que visa melhorar o fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco (miocárdio) por meio de ponte de safena (by-pass) e/ou dilatação/abertura de artérias coronárias estreitadas. A cirurgia é normalmente realizada sob anestesia geral. O cirurgião pode utilizar a abordagem tradicional de cirurgia cardíaca aberta ou técnicas minimamente invasivas, como cirurgia robótica ou cirurgia toracoscópica (por meio de pequena incisão na parede torácica). As indicações para Cirurgia de Revascularização do Miocárdio incluem doença arterial coronariana com estreitamento significativo, isquemia miocárdica (redução do fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco), insuficiência cardíaca decorrente de doença arterial coronariana e doença do tronco da coronária esquerda (artéria de grande calibre que irriga grande parte do miocárdio).

Clinicamente Necessário / Necessidade Médica

Serviço médico, suprimento, equipamento, Medicamento de Prescrição ou Internação Hospitalar que:

- Seja apropriado e essencial para o diagnóstico e/ou tratamento de uma Doença do Segurado;
- Não exceda o escopo, a duração ou a intensidade do nível de cuidado necessário para fornecer diagnóstico e/ou tratamento seguro, adequado e apropriado;
- Tenha sido prescrito por um Médico; e

- d. Esteja em conformidade com as normas profissionais geralmente aceitas no âmbito da prática médica nos Estados Unidos.

A melhoria de acomodação de um Quarto Privativo padrão para uma suíte ou suíte júnior, quando realizada exclusivamente por conveniência do Segurado, de seus familiares e/ou dos Prestadores de serviços médicos, não será considerada Clinicamente Necessária.

Companheiro

Casais não casados (não casados entre si nem com qualquer outra pessoa), do mesmo sexo ou de sexos diferentes, que mantenham uma união doméstica reconhecida por lei ou pelo direito consuetudinário de seu País de Residência. Para que seja caracterizada a união doméstica, devem ser atendidos os seguintes requisitos: ambos devem ter, no mínimo, dezoito (18) anos de idade e devem ter residido no mesmo domicílio por, no mínimo, doze (12) meses consecutivos.

Complicações da Maternidade

Patologia ou tratamento decorrente do curso anormal da gestação e/ou do parto, tais como nefrite aguda, nefrose, insuficiência cardíaca, pré-eclâmpsia, gravidez ectópica, diabetes gestacional, interrupção da gestação que exija intervenção médica em decorrência de óbito fetal ou término espontâneo da gestação em fase na qual o embrião ou feto seja incapaz de sobreviver de forma independente.

Para fins desta Apólice, não são consideradas Complicações da Maternidade: Cesariana Eletiva ou cesariana após cesariana prévia; sangramento leve ou repouso prescrito por Médico durante a gestação; sintomas normais e habituais da gravidez; serviços ou tratamentos de Condição Crônica não relacionada à gestação, ainda que, durante o período gestacional, requeiram tratamento específico; complicações da gravidez decorrentes de tratamentos de fertilidade e complicações da gravidez quando a gestação não estiver coberta por esta Apólice.

Complicações do Nascimento

Distúrbios do recém-nascido diretamente relacionados ao parto, não decorrentes de fatores genéticos ou hereditários, que se manifestam nos primeiros trinta (30) dias de vida, incluindo, entre outros, hiperbilirrubinemia (icterícia), hipóxia cerebral, hipoglicemia, prematuridade, insuficiência respiratória ou traumatismos ocorridos durante o parto.

Condição Congênita

Distúrbio orgânico, malformação, embriopatia, persistência de tecido ou de estrutura embrionária ou fetal, adquirido durante o desenvolvimento do feto no útero ou no momento do nascimento, e não por herança genética, independentemente de ser evidente antes do nascimento, no momento do parto ou manifestar-se posteriormente.

Condição Crítica

Estado médico grave no qual um indivíduo doente ou lesionado apresenta sinais vitais perigosamente instáveis ou anormais e que, em geral, requer medidas de suporte avançado à vida por curto prazo (tais como ventilação mecânica ou desfibrilação) para estabilização e suporte antes ou durante a recuperação. As características definidoras de uma Condição Crítica incluem alto risco de morte

iminente, disfunção de órgãos vitais, necessidade de cuidados para evitar o óbito e potencial reversibilidade.

Condição Crônica

Condição que perdura por um (1) ano ou mais, pode se agravar ao longo do tempo e requer acompanhamento médico contínuo e/ou limita as atividades da vida diária. As Condições Crônicas geralmente podem ser controladas, mas não curadas.

Condição Hereditária

Doença genética cuja principal característica é a transmissão de geração em geração, passando dos pais para os filhos e assim sucessivamente. Caracteriza-se pela transmissão, por meio do material genético, de particularidades fisiológicas e anatômicas de um indivíduo aos seus descendentes.

Condição Preexistente

- a. Qualquer condição diagnosticada por um Médico antes da Data de Início de Cobertura; ou
- b. Qualquer condição para a qual um Médico tenha sido consultado e para a qual tenha sido recomendado ou realizado tratamento médico antes da Data de Início de Cobertura; ou
- c. Qualquer condição, sintoma ou ocorrência que, se tivesse sido apresentada a um Médico antes da Data de Início de Cobertura, teria resultado no diagnóstico de uma Doença ou distúrbio.

Cônjuge

Pessoa com a qual o Segurado Titular é casado, desde que o casamento seja válido na jurisdição em que foi celebrado.

Cônjuge ou Companheiro Segurado

Cônjuge ou Companheiro do Segurado Principal que tenha sido incluído na Solicitação de Seguro Saúde e aceite para cobertura, sendo que o Cônjuge ou Companheiro somente será considerado Cônjuge ou Companheiro Segurado até a Data de Renovação em que deixe de atender aos requisitos de elegibilidade estabelecidos no artigo "Elegibilidade e Término da Cobertura".

Consultor Independente

Consultor ou corretor de seguros que orienta e assessora seus clientes (Segurados Propostos) quanto aos produtos de seguro disponíveis, auxilia no preenchimento de formulários, atua como intermediário entre estes e a Seguradora, contribui para a concretização da venda e presta assistência aos Segurados no momento de um sinistro, entre outras atividades.

Contratante

Pessoa física ou jurídica que celebrou a Apólice com a Seguradora para a cobertura dos Segurados e que é responsável pelo pagamento do prêmio correspondente. O Contratante será o Segurado Titular, salvo se outra parte estiver indicada na Solicitação de Seguro Saúde ou em outro formulário aceitável pela Seguradora.

Cuidados Assistenciais

Serviços prestados que incluem, entre outros, assistência pessoal que não exige as habilidades de um profissional qualificado da área da saúde.

Cuidados Paliativos

Assistência médica destinada a pacientes com Doenças Crônicas que apresentam uma condição grave que não está melhorando ou para a qual não se prevê, de forma razoável, melhora com o tratamento.

Dados Pessoais

Informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável, inclusive por meios indiretos, como nome, endereço, e-mail, número de identificação ou registro, fotografia e dados de localização, quando permitam identificar o titular, isoladamente ou em combinação com outras informações. Dados relativos à saúde, dados genéticos e dados biométricos, quando vinculados a uma pessoa natural, são tratados pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) como Dados Pessoais Sensíveis.

Data de Início de Cobertura

Data indicada no Certificado de Cobertura para cada Segurado, a partir da qual se inicia o Período de Carência da Apólice. A Data de Início de Cobertura também é utilizada para o cálculo de qualquer Período de Carência de Benefício aplicável. Quando um novo benefício sujeito a Período de Carência de Benefício for incluído após a Data de Início de Cobertura do Segurado, o referido período passará a ser contado a partir da Data de Renovação da Apólice subsequente à data de vigência do benefício.

Data de Renovação

Data anual recorrente na qual a vigência/efetividade da cobertura é reiniciada para um novo Ano da Apólice. Nessa data, os termos da Apólice poderão ser revistos ou ajustados, incluindo prêmio, benefícios e opções de cobertura. Nessa data, todos os benefícios e coberturas da Apólice se encerram, salvo se o pagamento integral do prêmio for efetuado até a Data de Vencimento e, no máximo, até o término do Período de Graça.

Data de Vencimento

Data em que o prêmio total do seguro se torna devido e exigível para o respectivo período de cobertura, de acordo com a periodicidade de pagamento autorizada pela Seguradora.

Data de Vigência da Apólice

Data em que a Apólice passa a vigorar, conforme indicado no Certificado de Cobertura. Esta data somente produzirá efeitos após a entrega da Apólice ao Segurado Titular e o decurso do prazo de dez (10) dias para exame da Apólice, durante o qual o Segurado Titular se reserva o direito de examinar e devolver a Apólice, com reembolso integral.

Dependente Segurado

Pessoa com idade inferior a setenta e quatro (74) anos no momento da inclusão na Apólice, na qualidade de Cônjuge Segurado ou Companheiro Segurado, ou Filho Dependente Segurado do Segurado Titular, que atenda aos requisitos de elegibilidade estabelecidos no artigo "Elegibilidade e Término da Cobertura".

Despesas Cobertas

Valores cobrados de acordo com os critérios Usuais, Costumeiros e Razoáveis (UCR) referentes a despesas médicas incorridas por um Segurado dentro da Área de Cobertura, após a Data de Início de Cobertura

e enquanto a Apólice estiver em vigor em relação a esse Segurado, que a Seguradora determine que atendam a todos os seguintes critérios:

- a. Tenham sido prestados com a finalidade de prevenir, avaliar, diagnosticar ou tratar uma Doença ou Lesão coberta;
- b. Sejam Clinicamente Necessários; e
- c. Não constituam exclusão geral da Apólice nem exclusão individual constante do Certificado de Cobertura.

O valor pagável a título de Despesas Cobertas poderá estar limitado por outros limites máximos específicos descritos na Tabela de Benefícios ou em quaisquer outras seções desta Apólice. As Despesas Cobertas estão sujeitas a taxas aplicáveis, Franquias Individuais ou Familiares e/ou Coparticipação.

Distúrbios Infecciosos Graves

Distúrbios Infecciosos Graves são causados pela multiplicação de microrganismos e pela presença de suas toxinas no sangue. Podem representar risco à vida e requerem atendimento médico imediato. Os dois (2) critérios abaixo devem estar presentes simultaneamente para caracterizar a gravidade da infecção:

- a. Hemoculturas positivas, cultura positiva de líquido cefalorraquidiano, presença de abscesso intra-abdominal ou foco infeccioso com cultura positiva que esteja causando a infecção; e
- b. Evidência de falência de múltiplos órgãos, manifestada pela presença de pelo menos um dos seguintes critérios: acidose metabólica grave, vasoconstrição que exija terapia com vasopressores, insuficiência respiratória que requeira ventilação mecânica, insuficiência renal que requeira hemodiálise e coagulação intravascular disseminada que exija administração de hemoderivados.

Doador Vivo

Pessoa que doa um de seus órgãos, células ou tecidos para ser transplantado no corpo de outra pessoa, denominada receptora, com a qual seja compatível.

Doença

Qualquer distúrbio relacionado à saúde, de causa interna ou externa, que afete o corpo humano e que requeira cuidados médicos ou tratamento cirúrgico.

Doenças Neurológicas

Doenças nas quais o sistema nervoso central e/ou periférico é afetado por um distúrbio que se origina e ocorre principalmente nas estruturas que compõem o sistema nervoso central e/ou periférico. Para fins desta cobertura, não será considerada Doença Neurológica qualquer doença ou distúrbio que afete o sistema nervoso central e/ou periférico de forma secundária ou que tenha sido causado por condições ou fatores externos ao sistema nervoso.

EMA (Agência Europeia de Medicamentos)

A Agência Europeia de Medicamentos (EMA) protege e promove a saúde humana e animal por meio da avaliação, autorização e monitoramento de medicamentos na União Europeia (UE) e no Espaço Econômico Europeu (EEE). A EMA assegura a avaliação científica, a supervisão e o monitoramento da segurança dos medicamentos para uso humano e veterinário na UE.

Emergência

Doença ou Acidente súbito, imprevisível e com risco à vida, coberto por esta Apólice, que resulte em sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor intensa), de modo que a ausência de atendimento médico imediato possa, de forma razoável, resultar em:

- a. Grave risco à vida ou à saúde de longo prazo do Segurado; ou
- b. Comprometimento grave das funções corporais; ou
- c. Disfunção grave ou dano permanente a qualquer órgão ou parte do corpo.

Para fins desta definição, "atendimento médico imediato" significa o cuidado requerido dentro de vinte e quatro (24) horas a partir do início de tais sintomas. Condições que não atendam a esses critérios, incluindo avaliações e check-ups médicos de rotina, tratamentos eletivos ou consultas de Urgência, não serão consideradas Emergências nos termos desta Apólice.

Endosso

Documento adicionado à Apólice pela Seguradora que esclarece, explica ou modifica os termos e condições da Apólice.

Enfermeiro

Pessoa legalmente habilitada/licenciada pela autoridade competente local para prestar cuidados de enfermagem a pacientes.

Equipamentos Médicos Duráveis

Equipamentos Médicos Duráveis (EMD) correspondem a quaisquer equipamentos que proporcionem benefícios terapêuticos a um paciente em decorrência de determinadas condições médicas e/ou Doenças. Os EMD são utilizados principalmente para fins médicos e são capazes de suportar uso diário ou prolongado. Não são úteis para uma pessoa na ausência de Doença ou Lesão e devem ser solicitados ou prescritos por um Médico. Os EMD incluem, entre outros, cadeiras de rodas (manuais e elétricas), camas hospitalares, equipamentos de tração, bengalas, muletas, andadores, entre outros.

Esportes Profissionais (Prática de)

Praticar ou treinar qualquer esporte pelo qual o Segurado receba sua principal fonte de renda ou benefício similar de qualquer natureza, direta ou indiretamente.

Estados Unidos / EUA

Refere-se aos Estados Unidos da América.

Experimental ou Investigativo

Qualquer tratamento, procedimento, equipamento, medicamento, dispositivo ou insumo que não atenda cumulativamente aos seguintes critérios:

- a. Pesquisa clínica controlada publicada em literatura médica revisada por profissionais da mesma especialidade, demonstrando que o serviço ou dispositivo apresenta resultado claro e benéfico para a saúde em relação a um diagnóstico específico;

- b. Quando o serviço ou dispositivo é prestado, esteja em conformidade com os padrões geralmente aceitos da prática médica pela autoridade sanitária competente e de acordo com padrões internacionais, tendo como referência o que é indicado pela FDA e/ou pela EMA; e
- c. Quando o serviço ou dispositivo é prestado, tenha sido aprovado para a indicação ou aplicação específica em questão pela autoridade sanitária competente e de acordo com padrões internacionais, tendo como referência o que é indicado pela FDA e/ou pela EMA, independentemente do local onde as despesas médicas sejam incorridas.

FDA (Administração de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos)

A Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos é responsável por proteger a saúde pública, assegurando a segurança, eficácia e qualidade de medicamentos humanos e veterinários, produtos biológicos, dispositivos médicos e derivados do sangue. Para fins de padrões internacionais, a FDA é considerada fonte de referência quanto à autorização de medicamentos.

Filho Dependente

As seguintes pessoas solteiras, em relação ao Segurado Titular: filhos biológicos, filhos legalmente adotados, enteados ou menores para os quais o Segurado Titular tenha sido nomeado Representante Legal por decisão de juízo competente.

Filho Dependente Segurado

Filho Dependente incluído na Solicitação de Seguro Saúde e aceito para cobertura, sendo que o Filho Dependente somente será considerado Filho Dependente Segurado até a Data de Renovação subsequente ao atingimento de dezoito (18) anos de idade. Caso o referido Filho Dependente seja estudante em tempo integral em Universidade ou Escola Credenciada no momento da emissão ou renovação da Apólice, poderá permanecer como Filho Dependente Segurado até a Data de Renovação subsequente ao atingimento de vinte e quatro (24) anos de idade. Não obstante o disposto acima, e independentemente da idade, o Filho Dependente deixará de ser considerado Filho Dependente Segurado na Data de Renovação subsequente à celebração de casamento.

Fisioterapia

Tratamento Clinicamente Necessário prestado por fisioterapeuta legalmente habilitado para restaurar ou melhorar mobilidade, força, função e manejo da dor após Doença, Acidente, cirurgia ou condição musculoesquelética.

Franquia Individual

Valor que o Segurado deve pagar, a cada Ano da Apólice, a título de Despesas Cobertas, antes que os benefícios previstos nesta Apólice se tornem disponíveis. Tal valor não é reembolsável pela Apólice. A Franquia Individual será considerada cumprida quando o montante que o Segurado deva pagar por Despesas Cobertas incorridas em um Ano da Apólice atingir o valor da Franquia Individual estabelecido no Certificado de Cobertura ou quando o valor da Franquia Familiar for atingido no mesmo Ano da Apólice.

A Franquia Individual poderá variar conforme o serviço médico seja prestado no País de Residência ou em outro país. Caso a Franquia Individual tenha sido cumprida no País de Residência e outros serviços médicos sejam prestados nos Estados Unidos (quando aplicável), onde a Franquia Individual possa ser superior, conforme indicado no Certificado de Cobertura, o Segurado será responsável pela diferença entre os dois valores.

Franquia Familiar

Valor que deve ser atingido de forma conjunta por todos os Segurados da Apólice em relação às Despesas Cobertas incorridas durante um Ano da Apólice. Todos os valores aplicados à Franquia Individual de cada Segurado serão considerados para atingir o valor máximo da Franquia Familiar, equivalente a duas (2) Franquias Individuais. Uma vez atingida a Franquia Familiar, a Franquia Individual de todos os membros da Apólice será considerada como cumprida.

Hospital

Qualquer instituição legalmente licenciada como estabelecimento médico ou cirúrgico no país em que esteja localizada, dedicada principalmente à prestação de serviços clínicos e cirúrgicos a pessoas doentes ou lesionadas, sob a supervisão de profissional de saúde habilitado, não se caracterizando como local de repouso, casa de enfermagem, instituição de convalescença ou estabelecimento destinado a cuidados de longa permanência.

Implante Coclear

O Implante Coclear é um pequeno e complexo dispositivo eletrônico que pode ajudar a proporcionar a percepção sonora a pessoas com surdez profunda ou perda auditiva severa. O Implante Coclear é composto por uma parte externa, posicionada atrás da orelha, e uma parte interna, implantada cirurgicamente sob a pele. O implante não restaura a audição normal, mas pode fornecer uma representação funcional dos sons do ambiente e auxiliar na compreensão da fala.

Infarto do Miocárdio

O infarto do miocárdio (ataque cardíaco) é uma Emergência médica que ocorre quando o fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco é bloqueado, causando lesão ou morte do tecido cardíaco. A causa mais comum é a aterosclerose, na qual depósitos de gordura (placas) se acumulam nas artérias coronárias que irrigam o coração. Outros fatores incluem coágulos sanguíneos, espasmo de artéria coronária, hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, obesidade e determinados medicamentos. Os sintomas incluem dor no peito, falta de ar, náuseas e vômitos, dor ou desconforto no braço esquerdo, ombro, pescoço ou mandíbula, sudorese, tontura ou sensação de desmaio. O diagnóstico deve ser respaldado por um eletrocardiograma (ECG) que demonstre alterações no ritmo cardíaco e na atividade elétrica, exames de sangue que detectem níveis elevados de enzimas cardíacas e exames de imagem, como ecocardiografia ou angiografia.

Insuficiência Renal

A insuficiência renal (falência renal) ocorre quando um ou ambos os rins deixam de funcionar adequadamente por conta própria. A insuficiência renal pode ser temporária e desenvolver-se rapidamente (Insuficiência Renal aguda). Em outros casos, trata-se de condição de longo prazo que se

agrava lentamente ao longo do tempo (Insuficiência Renal crônica). O estágio terminal da insuficiência renal crônica consiste na perda completa e irreversível da função renal, em decorrência da qual se torna necessário o tratamento por diálise ou transplante renal.

Internação Hospitalar

Admissão do Segurado em um estabelecimento hospitalar por um período igual ou superior a vinte e quatro (24) horas, com a finalidade de receber atendimento médico ou cirúrgico. A gravidade da condição deve justificar ou respaldar a Necessidade Médica da Internação Hospitalar. O tratamento limitado ao pronto-socorro não é considerado Internação Hospitalar.

Lesão

Dano causado ao corpo do Segurado.

Maternidade Coberta

Gestação para a qual a Apólice prevê benefícios após o cumprimento do Período de Carência de Benefício de dez (10) meses corridos.

Medicamento Biossimilar

Medicamento biológico altamente semelhante àquele já aprovado pela FDA: o medicamento biológico de referência (também denominado produto de referência). Os Medicamentos Biossimilares são produzidos a partir dos mesmos tipos de fontes e não apresentam diferenças clinicamente significativas em relação aos produtos de referência. Isso significa que oferecem o mesmo nível de segurança e eficácia que o produto de referência ao longo do tratamento.

Medicamento de Marca

Medicamento comercializado por uma empresa farmacêutica sob um nome específico ou marca registrada, protegido por patente. Os Medicamentos de Marca podem ser disponibilizados mediante prescrição médica ou vendidos sem prescrição.

Medicamento de Prescrição

Medicamento cuja venda ou uso é legalmente restrito à indicação/prescrição de um Médico.

Medicamento Genérico

Medicamento de Prescrição que possui a mesma formulação de princípio ativo de um Medicamento de Marca. Os Medicamentos Genéricos geralmente apresentam custo inferior aos Medicamentos de Marca. A Food and Drug Administration (FDA) classifica esses medicamentos como igualmente seguros e eficazes em relação aos Medicamentos de Marca.

Medicamentos Altamente Especializados (MAE)

Medicamentos de alto custo e alta complexidade utilizados no tratamento de condições complexas, raras ou crônicas, tais como Câncer, doenças autoimunes, esclerose múltipla ou demência/Doença de Alzheimer. Esses Medicamentos de Prescrição devem ser prescritos por Médico especialista e frequentemente exigem manuseio, administração e monitoramento especiais. O uso de Medicamentos Altamente Especializados pode requerer acompanhamento rigoroso por um prestador de serviços de saúde especializado, capaz de monitorar efeitos colaterais graves, ajustar dosagens e assegurar que o

medicamento esteja produzindo os resultados esperados. Salvo disposição em contrário nesta Apólice, qualquer medicamento não administrado durante Internação Hospitalar será considerado medicamento ambulatorial. A cobertura de Medicamentos Altamente Especializados está sujeita à Necessidade Médica, à pré-autorização e ao cumprimento dos termos, condições e limitações desta Apólice.

Medicina Alternativa

Tratamentos médicos utilizados em substituição às terapias tradicionais (convencionais). As práticas médicas alternativas geralmente não são reconhecidas pela comunidade médica como abordagens médicas padrão ou convencionais. Quando utilizadas em conjunto com a medicina tradicional, são denominadas Medicina Complementar.

Medicina Complementar

Conjunto de disciplinas diagnósticas e terapêuticas alternativas utilizadas em conjunto com a medicina convencional. A Medicina Complementar inclui um amplo número de práticas e sistemas de cuidados de saúde que, por razões culturais, sociais, econômicas ou científicas, não foram incorporados à medicina ocidental tradicional.

Médico

Profissional legalmente habilitado e registrado junto a entidade legalmente constituída para exercer a medicina no país onde o tratamento é prestado. O termo "Médico" também inclui profissionais legalmente habilitados e igualmente registrados para exercer a odontologia.

Neurocirurgia

A Neurocirurgia, também conhecida como cirurgia neurológica ou cirurgia cerebral, é a especialidade médica voltada ao tratamento cirúrgico e à reabilitação de distúrbios que afetam o sistema nervoso, incluindo o cérebro, a medula espinhal e os nervos periféricos.

País de Residência

País no qual o Segurado reside durante a maior parte de qualquer ano civil ou Ano da Apólice, ou no qual o Segurado tenha residido por mais de cento e oitenta (180) dias contínuos dentro de qualquer período de trezentos e sessenta e cinco (365) dias enquanto a Apólice estiver em vigor.

Patient Navigation Services

Patient Navigation Services significa os serviços descritos no Art. 9.1.

Período de Carência da Apólice

Período de trinta (30) dias, iniciado na Data de Início de Cobertura de cada Segurado, durante o qual a cobertura somente se aplicará a Doenças ou Lesões causadas por um Acidente coberto ou por uma condição de origem infecciosa que ocorra ou se manifeste pela primeira vez durante esse período. Qualquer outra condição ou sintoma que não seja causado por um Acidente coberto ou por uma condição de origem infecciosa ocorrida durante o Período de Carência da Apólice será permanentemente excluída da cobertura.

Período de Carência de Benefício

Refere-se ao período de tempo que deve ser cumprido antes que a Seguradora passe a efetuar pagamentos de Despesas Cobertas relativas a determinados benefícios, conforme indicado nesta Apólice

e na Tabela de Benefícios. Caso um novo benefício seja incluído após o início de vigência da Apólice para um Segurado, e tal benefício esteja sujeito a um Período de Carência de Benefício, esse período será contado a partir da Data de Renovação subsequente à inclusão do novo benefício na Apólice.

Período de Graça

Período de trinta (30) dias após a Data de Vencimento da Apólice durante o qual a Apólice poderá ser renovada.

Politrauma

Trauma grave que afeta múltiplos sistemas orgânicos e tecidos do corpo humano em decorrência de força física externa. Pode resultar em incapacidade temporária ou permanente e, em alguns casos, até mesmo em óbito.

Prestador

Hospitais, centros de diagnóstico, laboratórios, Médicos, especialistas, farmácias e qualquer estabelecimento legalmente autorizado na jurisdição em que presta serviços médicos. A qualidade dos serviços prestados não é de responsabilidade da Seguradora, nem lhe é atribuível.

Procedimentos Diagnósticos de Maior Complexidade

Os seguintes exames e procedimentos diagnósticos Clinicamente Necessários, utilizados para monitorar, confirmar ou avaliar a condição do paciente:

- Tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) (imagem avançada)
- Gastroscoopia / endoscopia digestiva alta (EGD)
- Colonoscopia
- Biópsias
- Estudos de eletrofisiologia (EP) cardíaca
- Qualquer outro exame ou procedimento que seja invasivo ou exija instalações e equipamentos especializados, ou sedação ou anestesia com monitoramento clínico.

Quarto Privativo

Quarto hospitalar padrão equipado para acomodar apenas um paciente.

Quarto Semiprivativo

Quarto hospitalar padrão equipado para acomodar mais de um paciente.

Queimaduras Graves

Queimaduras Graves são uma Emergência médica que causa danos à pele e aos tecidos devido a calor, eletricidade, radiação ou substâncias químicas. Para fins desta cobertura, somente as queimaduras diagnosticadas como de terceiro grau serão consideradas Queimaduras Graves. Queimaduras de terceiro grau acometem todas as camadas da pele e, por vezes, a gordura e o tecido muscular abaixo da pele. Podem destruir nervos, razão pela qual pode haver pouca ou nenhuma dor.

Reabilitação Cardíaca

Programa supervisionado, clinicamente necessário, que combina exercícios prescritos, educação e aconselhamento com o objetivo de melhorar a saúde cardiovascular após um infarto, cirurgia cardíaca ou diagnóstico de doença cardíaca, conforme prescrito por um Médico.

Rede de Prestadores de Centros de Excelência da Best Doctors Insurance

Rede de Hospitais com os quais a Seguradora mantém acordo para que os Segurados possam receber determinados benefícios. Trata-se de uma rede com acordo de pagamento, pela qual a Seguradora efetuará o pagamento diretamente ao Prestador pelas Despesas Cobertas incorridas, as quais poderão estar sujeitas a taxas aplicáveis, Franquias Individuais e Familiares, Coparticipação, honorários, demais termos desta Apólice e quaisquer limitações estabelecidas durante o processo de subscrição.

Rede de Maternidade da Best Doctors Insurance

Rede de Hospitais com os quais a Seguradora mantém acordo para que os Segurados possam receber benefícios relacionados à maternidade. Trata-se de uma rede com acordo de pagamento, pela qual a Seguradora efetuará o pagamento diretamente ao Prestador pelas Despesas Cobertas incorridas, as quais poderão estar sujeitas a taxas aplicáveis, Franquias Individuais e Familiares, Coparticipação, honorários, demais termos desta Apólice e quaisquer limitações estabelecidas durante o processo de subscrição.

Rede de Prestadores de Tratamentos Médicos Avançados

A Rede de Prestadores de Tratamentos Médicos Avançados é composta por Hospitais e Prestadores com os quais a Seguradora mantém acordo, permitindo que os Segurados recebam a assistência médica necessária relacionada a Tratamentos Médicos Avançados. Trata-se de uma rede com acordo de pagamento, pela qual a Seguradora efetuará o pagamento diretamente ao Prestador pelas Despesas Cobertas incorridas, as quais poderão estar sujeitas a taxas aplicáveis, Franquias Individuais e Familiares, Coparticipação, honorários, demais termos desta Apólice e quaisquer limitações estabelecidas durante o processo de subscrição.

Rede de Prestadores nos Estados Unidos

A Rede de Prestadores nos Estados Unidos é um grupo de Prestadores de serviços de saúde e/ou administradores de rede nos Estados Unidos cujos serviços contratados são cobertos pela Seguradora, conforme previsto nesta Apólice. As Despesas Cobertas incorridas poderão estar sujeitas a taxas aplicáveis, Franquias Individuais e Familiares, Coparticipação, demais termos desta Apólice e quaisquer limitações estabelecidas durante o processo de subscrição.

Rede de Prestadores Premium

Grupo de Prestadores de serviços de saúde no qual os serviços são cobertos pela Seguradora. As Despesas Cobertas incorridas na Rede de Prestadores Premium estão sujeitas ao pagamento de Coparticipação pelo Segurado, além de quaisquer outras taxas aplicáveis, Franquias Individuais e Familiares, demais termos desta Apólice e quaisquer limitações estabelecidas durante o processo de subscrição. Para verificar se um Prestador integra a Rede de Prestadores Premium, os Segurados deverão contatar a Seguradora antes de agendar ou receber quaisquer serviços médicos. Recomenda-se obter diretamente com a Seguradora a lista atualizada de Prestadores que integram a Rede de Prestadores Premium. A Rede de Prestadores Premium poderá ser alterada a qualquer momento, sem aviso prévio.

Representante Legal

Para os fins desta Apólice, o Representante Legal é a pessoa que, de acordo com a legislação aplicável, exerce o poder familiar ou a tutela do Segurado e, nessa qualidade, contrata a Apólice de Seguro. O

Representante Legal não gozará da cobertura da Apólice; contudo, deverá cumprir todas as obrigações do Contratante relativas ao pagamento do prêmio, à notificação de sinistros, à gestão dos pedidos de reembolso das Despesas Cobertas pela Apólice, às comunicações entre as partes e a quaisquer outras obrigações previstas nas Condições de Cobertura da Apólice.

Residente dos Estados Unidos

Uma pessoa será considerada Residente dos Estados Unidos se seu País de Residência for os Estados Unidos e se ela tiver a intenção de fazer dos Estados Unidos seu domicílio em caráter de longo prazo ou seu domicílio principal para fins legais, o que poderá ser evidenciado por registro para votar, obtenção de cidadania ou quaisquer outros critérios estabelecidos pela Seguradora.

Segunda Opinião Médica

Opinião de um Médico diferente daquele que está tratando o Segurado no momento.

Segurado

O Segurado Titular e os Dependentes Segurados inscritos em uma Apólice ativa no momento da utilização dos benefícios relativos às Despesas Cobertas e que estejam listados no Certificado de Cobertura. Uma pessoa deixará de ser considerada Segurado conforme disposto no artigo "Elegibilidade e Término da Cobertura".

Segurado Proposto

Pessoa para a qual se solicita cobertura de seguro.

Segurado Titular

Pessoa com idade igual ou superior a dezoito (18) anos e inferior a setenta e quatro (74) anos no momento da contratação do seguro, que tem direito à cobertura nos termos da Apólice e a receber o pagamento de reembolsos de Despesas Cobertas de acordo com esta Apólice, exercendo os direitos dos Segurados. O Segurado Titular poderá ou não ser também o Contratante.

Seguradora

Best Doctors Insurance Limited.

Serviços Hospitalares

Qualquer tratamento médico prestado ao Segurado em um Hospital. Os Serviços Hospitalares compreendem as despesas de acomodação e alimentação, nos casos de Internação Hospitalar, bem como a utilização de todas as instalações médicas do Hospital, todos os tratamentos e serviços médicos prescritos por um Médico, incluindo cuidados intensivos, quando Clinicamente Necessários.

Solicitação de Seguro Saúde

Declaração escrita assinada pelo Contratante e pela pessoa que solicita tornar-se Segurado Titular, contendo informações sobre si e sobre os dependentes propostos, se houver, utilizada para determinar sua segurabilidade. A Solicitação de Seguro Saúde, na qual a Seguradora se baseia para decidir sobre a emissão da cobertura, inclui quaisquer questionários de histórico médico, declarações verbais prestadas pelos Segurados Propostos durante entrevista médica realizada pela Seguradora antes da emissão da Apólice, bem como quaisquer outros documentos fornecidos ou solicitados pela Seguradora.

A Solicitação de Seguro Saúde passa a integrar a Apólice entre as partes após a subscrição pela Seguradora.

Substâncias Ilícitas

Medicamentos, fármacos ou produtos químicos definidos pelo governo federal dos Estados Unidos como ilegais para venda ao público em geral (tais como a cocaína); Medicamentos de Prescrição utilizados para finalidade diversa daquela especificamente autorizada pela FDA e/ou pela EMA (como, por exemplo, Oxycontin não utilizado conforme prescrito para alívio da dor); ou o uso de outros produtos químicos tradicionalmente comercializados para outros fins, mas utilizados de forma ilícita (como a ingestão de álcool isopropílico).

Tabela de Benefícios

Documento que descreve, de forma objetiva, os benefícios cobertos específicos, valores, Franquia Individual e detalhes de Coparticipação do plano, para auxiliar os Segurados a compreender sua cobertura.

Taxa Para Atendimento Fora da Rede

Taxa percentual fixa aplicável a produtos sujeitos a uma Rede de Prestadores nos Estados Unidos, sempre que um tratamento for realizado por um Prestador fora da Rede de Prestadores nos Estados Unidos.

Tecnologia de Reprodução Assistida

Tratamentos e procedimentos médicos e/ou cirúrgicos desenvolvidos para tratar patologias relacionadas à infertilidade. Incluem, entre outros, inseminação artificial, fertilização in vitro (FIV), tratamentos com medicamentos para estimular a fertilidade masculina e/ou feminina, injeção intracitoplasmática de espermatozoides, entre outros.

Terapia Genética

A Terapia Genética é uma abordagem médica que envolve alterar os genes dentro das células de uma pessoa para tratar ou prevenir doenças. Isso pode ser alcançado por meio de diversos métodos, incluindo corrigir ou desligar genes defeituosos, substituir genes não funcionais por uma cópia saudável para restaurar a função normal, ou modificar a expressão gênica para corrigir mutações que levam à doença. A Terapia Genética tem o potencial de tratar uma ampla variedade de condições, incluindo distúrbios genéticos como fibrose cística, hemofilia e distrofia muscular; certos tipos de Câncer, para reconhecer melhor e atacar as células cancerígenas; e doenças infecciosas como o HIV, alterando os genes das células

Terapia Ocupacional

Tratamento Clinicamente Necessário, prestado por terapeuta ocupacional legalmente habilitado, para ajudar pacientes a restaurar ou melhorar sua capacidade de realizar atividades da vida diária e funções laborais, após Doença, Acidente ou incapacidade.

Terapia Ortóptica

Tratamento Clinicamente Necessário prestado por ortoptista legalmente habilitado para diagnosticar e manejar distúrbios dos movimentos oculares, da visão binocular e da coordenação visual, incluindo o manejo não cirúrgico do estrabismo e de condições correlatas.

Terapia Respiratória

Tratamento Clinicamente Necessário prestado por terapeuta respiratório legalmente habilitado para avaliar, manejar e melhorar a função respiratória em pacientes com doenças pulmonares agudas ou crônicas ou outros distúrbios respiratórios.

Transplante

Procedimento Clinicamente Necessário durante o qual órgãos, tecidos ou células são transplantados cirurgicamente de um doador falecido ou Doador Vivo para o receptor.

Tratamento Ambulatorial

Tratamento ou serviços médicos que não requerem admissão/Internação Hospitalar.

Tratamento Odontológico Decorrente de Acidente

Tratamento necessário para restaurar ou substituir dentes danificados ou perdidos em decorrência de um Acidente coberto.

Tratamento Oncológico

Conjunto de terapias, incluindo cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e terapia-alvo, destinadas a curar, reduzir ou impedir a disseminação do Câncer.

Tratamentos Médicos Avançados

Terapias, técnicas e tecnologias de ponta que ampliam os limites da medicina tradicional para tratar condições de saúde complexas e melhorar os resultados dos pacientes. Esses tratamentos frequentemente envolvem abordagens inovadoras, como medicina de precisão, Terapia Genética, imunoterapia, terapia com células-tronco, nanotecnologia e cirurgia minimamente invasiva. Têm como objetivo atuar no nível molecular das doenças, personalizar planos de tratamento com base na composição genética individual, utilizar o sistema imunológico do próprio corpo para combater o Câncer e outras doenças, regenerar tecidos danificados e aprimorar a precisão diagnóstica e a eficácia terapêutica. Os Tratamentos Médicos Avançados representam a vanguarda da inovação em saúde, oferecendo esperança a pacientes com condições anteriormente intratáveis ou de difícil tratamento.

Universidade ou Escola Credenciada

Instituição de ensino que tenha sido avaliada e aprovada pelo Ministério da Educação de seu país de origem ou por um órgão nacional de acreditação reconhecido, por atender aos padrões estabelecidos de qualidade educacional.

Urgência / Urgente

Condições sem risco imediato de vida que exigem atendimento em prazo razoável, geralmente entre vinte e quatro (24) e setenta e duas (72) horas, tais como febre alta, fraturas simples, infecções do trato urinário ou outras condições agudas. Se não tratadas, pode-se esperar que resultem em:

- a. Dor ou desconforto significativos;
- b. Piora do estado de saúde do Segurado; ou
- c. Complicações que possam levar a uma Emergência, conforme definida nesta Apólice.

Consultas médicas de rotina, cuidados preventivos, tratamentos eletivos e condições que possam ser tratadas com segurança em data posterior não serão consideradas Urgência nos termos desta Apólice.

USD / US\$

Referem-se à moeda dos Estados Unidos da América.

Usual, Costumeyiro e Razoável (UCR)

Usual, Costumeyiro e Razoável (UCR) significa o nível de honorários/valores tipicamente cobrados por determinado serviço, tratamento ou insumo médico na área geográfica onde o serviço é prestado, conforme determinado pela Seguradora. O UCR reflete os valores predominantes cobrados por Prestadores com treinamento e experiência semelhantes para serviços comparáveis, considerando a natureza do procedimento, a complexidade do caso, as condições do mercado local e quaisquer referências relevantes de tabelas públicas ou privadas.

Nos Estados Unidos, o UCR baseia-se no valor tipicamente pago pela Seguradora para determinado serviço, tratamento ou insumo médico na área geográfica onde o serviço é prestado, com base em valores efetivamente pagos e em contratos com Prestadores médicos.

Fora dos Estados Unidos, o UCR é estabelecido com base em dados locais ou regionais de custos médicos, tabelas de honorários publicadas (quando disponíveis), dados históricos de sinistros e referências internacionalmente reconhecidas de custos, com ajustes por inflação, categoria hospitalar e valores predominantes de mercado.

MY
CHOICE™ Pro



A Apólice de seguro é emitida pela Best Doctors Insurance Limited, uma empresa registrada nas Bermudas e está, por tanto, sujeita às leis e jurisdição das Bermudas. Os serviços administrativos são oferecidos pela Best Doctors Insurance Services LLC, em representação da Best Doctors Insurance Limited.

A apólice que fornece sua cobertura e a seguradora que fornece esta apólice não foram aprovadas pelo Escritório de Regulamentação de Seguros da Flórida (FLOIR).

Best Doctors Insurance
5201 Blue Lagoon Drive, Suite 300
Miami, FL 33126

Número Geral nos EUA	1.305.269.2521
Ligação Gratuita nos EUA	1.866.902.7775
Fax	1.800.476.1160
BestDoctorsInsurance.com	