

BB SEGUROS

Companhia de Seguros
Aliança do Brasil

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Condições Especiais

Processo SUSEP 10.005462/99-17

ÍNDICE

CLÁUSULA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES – DMH

1. Objetivo do Seguro
2. Definições
3. Garantias do Seguro
4. Capital Segurado
5. Beneficiários
6. Pagamento de Prêmio
7. Existência de outros Seguros
8. Cessaçãõ da Cobertura Individual
9. Liquidação de Sinistro
10. Acumulaçãõ das Indenizações
11. Disposições Gerais

CLÁUSULA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES – DMH**1. OBJETIVO DO SEGURO**

O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médico-hospitalares efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento previsto nas condições contratuais, respeitando os riscos expressamente excluídos da apólice.

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total ou parcial por acidente do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não cocorrido nos dois primeiros anos de contratação (ou sua recondução depois de suspenso), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas a segurada ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nesta cláusula.

Hospital: os estabelecimentos legalmente habilitados, constituídos e licenciados no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico ou cirúrgico de seus pacientes.

Internação Hospitalar: caracteriza-se Internação Hospitalar do Segurado, a internação hospitalar com duração mínima de 12 (doze) horas consecutiva.

Médico assistente:

- É o profissional devidamente habilitado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados.
- **Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

3. GARANTIAS DO SEGURO

3.1. **Cobertura de Despesas Médico-Hospitalares (DMH):** É a garantia do reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

3.1.1. Não estão abrangidas nesta cobertura, as despesas decorrentes de:

- I. Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- II. Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

3.1.2. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares, desde que legalmente habilitados.

3.1.3. As despesas médico-hospitalares deverão ser devidamente comprovadas.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Considera-se como data de evento para a cobertura prevista nesta cláusula adicional, para efeito de determinação de responsabilidade da sociedade seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

4.2. A reintegração do capital segurado de cada cobertura prevista nesta cláusula adicional é automática após cada acidente.

5. BENEFICIÁRIOS

Considera-se como beneficiário desta cláusula adicional o próprio segurado, ou na eventual impossibilidade, a quem legalmente o represente nos atos da vida civil, desde que devidamente comprovado.

6. PAGAMENTO DE PRÊMIO

O SEGURADO DEVERÁ CONTINUAR PAGANDO O VALOR INTEGRAL DO PRÊMIO DE SEGURO, INDEPENDENTE DE QUALQUER INDENIZAÇÃO QUE TENHA SIDO EFETUADA REFERENTE A COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL.

7. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS

Possuindo o segurado na época do evento outro(s) Seguro(s) que lhe garanta(m) o reembolso de Despesas Médico-Hospitalares, a responsabilidade desta Sociedade Seguradora por este seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados, proporcionalmente aos limites segurados em todas as Apólices em vigor, nesta ou em outras Sociedades Seguradoras, na data da ocorrência do sinistro.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A garantia desta cobertura individual cessa nas seguintes situações:

- a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento ou não renovação do seguro, ou de cessação da cobertura de cada segurado;
- b) Na eventualidade de ocorrência de sinistro por Morte;
- c) Quando for cancelada a cobertura adicional de Despesas Médico-Hospitalares (DMH).

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

9.1. Ocorrendo o acidente pessoal, coberto pelo seguro, o segurado ou seu representante legal, deverá comunicar imediatamente o sinistro à sociedade seguradora, através da central de atendimento da Aliança do Brasil.

9.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo segurado os documentos elencados abaixo:

- Formulário “aviso de sinistro” assinado
- Cópia autenticada do RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro
- Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante)
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor
- Cópia autenticada do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso
- Cópias autenticadas dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado)
- Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia)
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível
- Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório

- Notas Fiscais (com comprovante de recebimento) / Faturas Médico-Hospitalares, comprovando os gastos reclamados
- Recibos de médicos credenciados e/ou contas hospitalares (com comprovante de recebimento), sempre originais
- Relatório Médico / Boletim de Atendimento (BAM), informando as circunstâncias e conseqüências do acidente.
- Os 3 (três) últimos contracheques, anteriores à data da ocorrência, no caso de Apólice com Capital Segurado Múltiplos de Salário
- Relação de empregados e guia de recolhimento do FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço) do mês anterior ao sinistro. Estes documentos deverão ser solicitados ao Estipulante e enviados à Sociedade Seguradora somente em caso de Seguro com Capital Global.

9.3. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado (respeitando-se o limite de cobertura estabelecido), atualizadas monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro, de acordo com índice definido nas Condições Gerais.

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

A indenização por Despesas Médico-Hospitalares é cumulativa com qualquer outra cobertura do presente Seguro, isto é, se em conseqüência de acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da cobertura de DMH, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez, a indenização paga por DMH.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplicam-se às coberturas previstas nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais e particulares da apólice que não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula adicional.

Companhia de Seguros Aliança do Brasil