SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

MANUAL DO SEGURADO

SUMÁRIO

1. DEFINIÇÕES 3
2. COBERTURAS 4
2.1 MORTE ACIDENTAL 4
2.2 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA) 5
3. RISCOS EXCLUÍDOS 5
4. VIGÊNCIA 7
5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO 7
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 8
7. ASSISTÊNCIAS 8
7.1 TELEMEDICINA 8
8. DISPOSIÇÕES FINAIS 8
9. CENTRAIS DE ATENDIMENTO 9
10. LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS 9
Anexo 1 – Telemedicina 10

Este seguro de Acidentes Pessoais é destinado aos clientes da SUPERNOVA que aderiram a um pacote de coberturas, que possuam entre 18 a 70 anos incompletos. Abaixo você irá encontrar um resumo dos termos e condições. Para maiores detalhes, consulte as Condições Gerais do seguro no site: www.aig.com.br.

1. DEFINIÇÕES

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nesta apólice, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

1.1. 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 morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, 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 o segurado 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 sequestros e tentativas de sequestros; 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) De maneira complementar ao aqui exposto, para as garantias Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária, e Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença, "ACIDENTE PESSOAL" significa também uma lesão corporal que impede o segurado de exercer sua principal ocupação profissional, e para a qual o segurado estiver recebendo tratamento médico, respeitando-se as exclusões constantes no item c.3, abaixo.

c) excluem-se do conceito de ACIDENTE PESSOAL:

c.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;

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

c.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 consequências póstratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

c.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;

1.2. APÓLICE: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

1.3. AUTÔNOMO: É todo aquele que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício e por conta própria e com assunção de seus próprios riscos

1.4. BENEFICIÁRIO: pessoa física ou jurídica designada para receber o valor da indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

1.5. CAPITAL SEGURADO: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, no caso de ocorrência de sinistro.

1.6. CERTIFICADO INDIVIDUAL: documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

1.7. CARÊNCIA: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados. A Carência de cada cobertura, quando aplicável, constará certificado individual

1.9. DIAGNÓSTICO: é a qualificação de um Médico em relação a uma doença ou condição física com base nos sintomas observados.

1.10. DOENÇA: Distúrbio das funções de um órgão ou do organismo como um todo, que está associado a sinais ou sintomas específicos que impeçam o segurado de realizar a sua ocupação profissional e para o qual o segurado esteja recebendo tratamento médico.

1.12. DOLO: é um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

1.14. ESTIPULANTE: é a pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro de plano coletivo, ficando investida dos poderes de representação dos segurados, nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.

1.15. EVENTO COBERTO: é o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais.

1.16. FRANQUIA: é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.

1.18. GARANTIAS: são as obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas condições gerais.

1.22. INDENIZAÇÃO: é o valor a ser pago pela seguradora ao segurado, ou a seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

1.23. MÉDICO: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado.

1.24. PRÊMIO: é o valor pago à seguradora para que esta assuma os riscos cobertos pelo seguro.

1.26. SEGURADO: é a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

1.27. SINISTRO: é a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência da apólice.

1.28. TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO: é o transporte em qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público, mediante pagamento de passagens, sendo este transporte fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas. Não se enquadram neste item, os serviços públicos de transporte de passageiros através de lotação por meio de “peruas” ou assemelhados, na modalidade “lotação”, além de táxi e moto-táxi.

1.29. VEÍCULO PARTICULAR: é o automóvel de passeio, de uso particular do segurado, de quatro ou mais rodas e de categoria particular. Não se encaixam neste item os veículos alugados, de autoescola, táxis e de competições.

1.30. VIGÊNCIA: é o período pelo qual está contratado o seguro.

2. COBERTURAS

2.1 MORTE ACIDENTAL

A cobertura de Morte Acidental garante o pagamento do capital segurado de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), conforme definido no certificado individual para esta garantia, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado causada por

Acidente Pessoal coberto, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e observadas as condições contratuais deste seguro.

Âmbito de cobertura: Esta cobertura é válida em todo Globo Terrestre.

2.2 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente garante o pagamento de uma indenização no valor de R$ 5.000,00 (cinco mil reais) ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do certificado.

Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com percentuais pré-estabelecidos. Consulte as Condições Gerais do seguro para mais informações.

Âmbito de cobertura: Esta cobertura é válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre. Sendo válido a partir do início de vigência do certificado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA DE:

a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) doença preexistente de conhecimento do segurado, que contribua direta ou indiretamente na caracterização de um evento previsto nestas Condições Gerais;

d) suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso;

e) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;

f) atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;

g) envenenamento, exceto por absorção de substâncias tóxicas ou por escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo ou qualquer outra causa física 11que atinja maciçamente a população;

h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

i) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

j) perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor as condições contratuais do presente seguro;

k) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;

l) acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;

m) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;

n) eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 1 deste Manual do Segurado.

o) perda de dentes e danos estéticos.

Além de todos os riscos e eventos mencionados acima, aplicam-se também as exclusões abaixo:

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

a) as intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b) as doenças 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;

c) invalidezes parciais ou qualquer tipo de invalidez permanente não prevista no item 1.1 este Manual do Segurado.

Não haverá cobertura quando a internação hospitalar por acidente ou doença do Segurado resultar de:

a) acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, relacionado com sua invalidez permanente total ou parcial;
b) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
c) intercorrências ou complicações consequentes da realização de
d) exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, sincope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de risco excluído;
e) 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
g) doenças, lesões e sequelas preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do segurado quando da contratação e não declaradas na proposta de seguro;
h) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica;
i) estados de convalescença (após a alta médica);
j) senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;
k) check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
l) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
m) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e
n) Farmácia;
o) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, mesmo que em consequência de acidente;
p) casos de doenças mentais, ou qualquer tratamento de psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
q) anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;
r) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
s) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto, inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
t) toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico; e

u) ceratomia (cirurgia para correção da miopia).

4. VIGÊNCIA

- O início da vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas para tal fim indicada no Certificado do Seguro.

- O término de vigência do risco individual ocorrerá às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim indicada no Certificado do Seguro, ou no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo estipulante, segurado, beneficiário ou seu representante.

Para o Aviso de Sinistro, o beneficiário do segurado, ou o próprio segurado, deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) Do segurado:

• RG
• CPF
• Certidão de Nascimento ou Casamento
• Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela seguradora, o qual deverá ser preenchido pelo segurado ou seu beneficiário e o médico assistente do segurado.

b) Do(s) beneficiário(s):

• Pais: RG e CPF do segurado;
• Cônjuge: Certidão de Casamento, RG e CPF;
• Companheira (o): RG e CPF e comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS;
• Filhos: Certidão de Nascimento e RG, sendo que:

I. Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;

II. Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

Contato inicial do segurado para comunicação de Sinistro deverá ser pelo 0800 AIG (Seção 9 desse manual) e posteriormente a Sedgwick (Regulador AIG) continuará as tratativas por e-mail. Os documentos deverão ser enviados à caixa departamental da Sedwick (aig.tpa@br.sedgwick.com) para tratativas e da AIG para comunicações (BR.Avisosinistro@aig.com).

Caso alguma comunicação seja recebida na caixa ¨BR Aviso...¨, a área de cadastro AIG deverá informar o 0800 ao segurado para correta tratativa do sinistro.

Além dos documentos básicos informados acima, o Segurado/Beneficiário deverá apresentar também:

Em caso Morte Acidental do Segurado:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia.

Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- Certidão de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o percentual de Invalidez Permanente;
- Radiografias e outros exames médicos que tenham sido realizados.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências pela mesma determinadas.

- Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse seguro serão efetuados no Brasil e em moeda nacional.

- A seguradora após receber o aviso de sinistro e os respectivos documentos, verificará se o evento ocorrido é um risco coberto e, portanto, se o segurado ou o beneficiário tem direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da indenização, sob a forma de parcela única.

- Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros:

I. às garantias Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: a data do acidente;

- O prazo para o pagamento das indenizações será de 15 (quinze) dias úteis, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos nas Condições Gerais e Especiais. No caso de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

- Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização estará sujeito à aplicação de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.

- Em caso de ocorrência de Invalidez Permanente Total por Acidente ou Invalidez Permanente Total por Acidente Diferenciada, seguida de morte do segurado em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização, o valor desta será pago aos dependentes legais, de acordo com a Cláusula Beneficiária constante do item 27.2 das Condições Gerais.

- As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização devida para a garantia de Morte, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente.

7. ASSISTÊNCIAS

7.1 TELEMEDICINA

Serviço que disponibiliza atendimento médico à distância (consultas, orientações e coordenação) voltados aos cuidados com a saúde e bem-estar do beneficiário. Após recebimento das informações cadastrais, basta que o beneficiário baixe o aplicativo *do Grupo Fleury* em seu smartphone* e, após validação de alguns dados, iniciar os seus atendimentos médicos imediatamente.

O serviço pode ser utilizado para todas as situações de baixa e média complexidade em saúde. Nesse contexto, trata-se de consultas para acompanhamento da saúde (havendo sintomas ou não), orientações de saúde, entre outros.

*O manual de acesso e de utilização do aplicativo de Telemedicina do *Grupo Fleury* pode ser encontrado anexo à este documento.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

Este documento contém informações detalhadas sobre as coberturas do seguro e assistência aos quais você terá acesso.

As informações contidas neste documento são apresentadas somente com propósito informativo. Não pretendem ser uma descrição completa de todos os termos, condições, limitações, exclusões ou outras disposições.

Nome da Seguradora: AIG Seguros Brasil S.A. – CNPJ/MF nº 33.040.981/0001- 50;
Representante: SUPERNOVABR - Associação das Empresas e Usuários das Tecnologias de Informação e Comunicação. – CNPJ nº: 19.713.625/0001-29
Corretora: OUROSEG CORRETAGEM DE SEGUROS LTDA – CNPJ 25.320.238/0001-25

Os Serviços de Assistência serão prestados pela SaúdeID – Grupo Fleury (Telemedicina).

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação de sua comercialização.

9. CENTRAIS DE ATENDIMENTO

AIG SEGUROS:

SAC (Central 24h): 0800 726 6130
SAC - Atendimento a deficientes auditivos e da fala (Central 24h): 0800 724 0149
Ouvidoria (2ª a 6ª feira, das 9h às 18h): 0800 724 0219
Ouvidoria - Atendimento a deficientes auditivos e da fala (2ª a 6ª feira, das 9h às 18h): 0800 200 1244.

10. LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

A AIG coletará somente os dados necessários à execução do objeto deste Contrato, além de envidar esforços para implementar todas as medidas técnicas e organizacionais apropriadas para assegurar um nível adequado de segurança da informação, de tratamento e de armazenamento, nos termos da legislação brasileira. Os dados poderão ser utilizados para: (i) promover, melhorar e/ou desenvolver seus produtos e serviços; realizar auditorias; analisar dados e pesquisas para aprimoramento de produtos e serviços; gerar análises estatísticas e relatórios; (ii) aprimorar a segurança e oferta de seus produtos e serviços; regular sinistros e documentos, bem como identificar e coibir fraudes e poderão ser transferidos para: (i) A empresas do Grupo (inclusive localizadas em outros países) e autoridades governamentais; (ii) A parceiros de negócio, tais como a outras seguradoras; resseguradoras; corretores de seguro e resseguro e outros intermediários e agentes; representantes nomeados; distribuidores; instituições financeiras, empresas de valores mobiliários e outros parceiros comerciais e prestadores de serviços, unicamente para a finalidade de execução do Contrato. Os dados serão armazenados durante o período necessário para a execução do Contrato e para cumprimento de obrigações legais e/ou regulatórias. Por fim, o segurado poderá exercer seus direitos de confirmação de existência de tratamento; acesso aos dados; correção; anonimização, dentre outros, através do Serviço de Atendimento ao Cliente – Fale com a AIG, incluindo, junto de seu pedido, as seguintes informações: nome completo, tipo e número de documento de identificação; número da apólice; telefone para contato, e e-mail. Para saber mais sobre a Privacidade de Dados consulte a Política de Privacidade de Dados da AIG Seguros no site: www.aig.com.br.

Anexo 1 – Telemedicina

PA Digital | Saúde iD Empresas

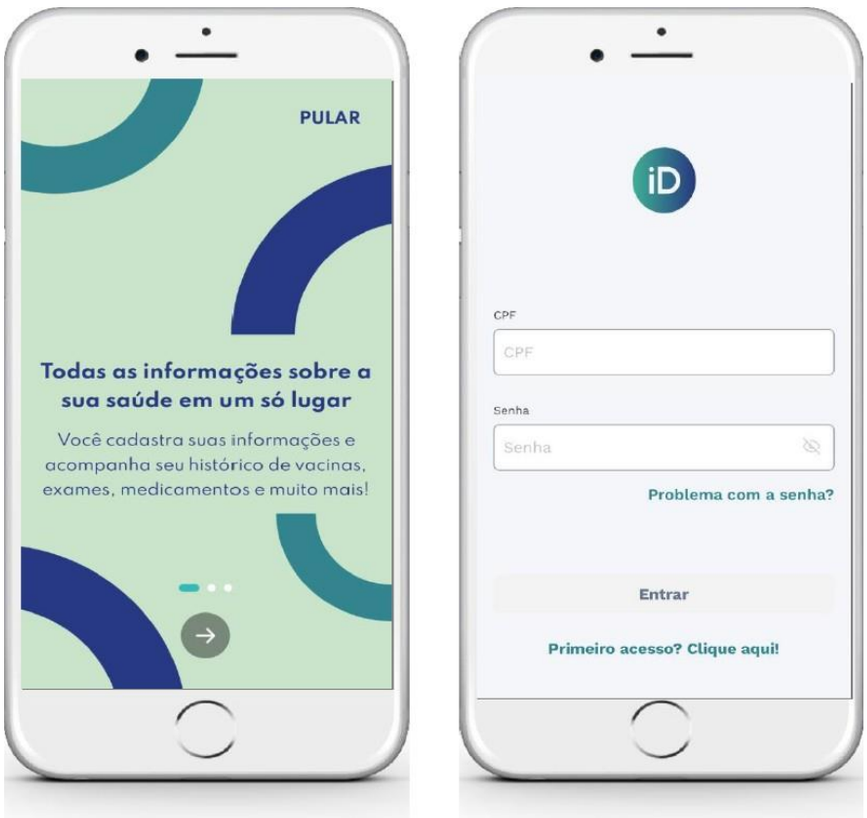
Um novo jeito digital de cuidar da sua saúde.

Os serviços de telemedicina compreendem o atendimento de saúde por meio da utilização de tecnologia e metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de realizar consulta médica que compreende a anamnese, tele propedêutica e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento.

Primeiro acesso PA Digital Saúde iD Empresas

1.
Faça o download do App Saúde iD no Google Play ou AppStore,

2
Na página inicial, clique em “Primeiro acesso? Clique aqui!”, e então digite seu CPF e data de nascimento para prosseguir,



Orientações para criação da sua senha no App Saúde iD

- Mínimo de 6 caracteres, incluindo:
- Números
- Letras maiúsculas
- Letras minúsculas
- Símbolos (como @ # $ &, entre outros)
- Números e símbolos também são considerados como caracteres.
- Para sua segurança, pense em uma senha que não faça referência ao seu nome de usuário.
- Quanto maior o grau de dificuldade da senha, mais segura sua conta estará.
- Exemplos de senhas que atendem aos pré requisitos citados: Prat@2 | 1Astob2& | Opera99$ | Polis#1980

Funcionalidades

CONSULTAS.

Equipe médica disponível para realizar teleconsultas mediante agendamento ou fila de espera, com disponibilidade 24h por dia e todos os dias da semana.

PRÓXIMOS EVENTOS.

Visualização de eventos agendados.

CHAT TIRA DÚVIDAS.

Chat com apoio da enfermagem Saúde iD para esclarecer qualquer dúvida sobre saúde: sintomas, ferimentos, medicamentos, entre outros cuidados.

PERFIL DO USUÁRIO.

Suas informações cadastrais, onde você pode alterar ou acrescentar informações conforme desejar, como endereço, telefone, entre outros.

Tela atendimento imediato

ESCOLHA O TIPO DE ATENDIMENTO

Selecione a opção que melhor de adeque a sua necessidade para o momento.

PREPARE SE PARA A CONSULTA

Fique atento as mensagens do app e inicie a consulta assim que disponibilizada a opção para não perder sua vez.

Atendimento imediato

TELA ATENDIMENTO IMEDIATO

Facilidade no Atendimento

- Clicando em Consulta online agora o beneficiário é direcionado para um atendimento médico imediatamente.
- Caso todos os médicos estejam em atendimento, o beneficiário é informado de sua posição na fila e o aplicativo envia a notificação do momento em que o médico estiver a disposição para atendimento

Melhorando a experiência do beneficiário

- Equipe própria Saúde iD (foco na coordenação do cuidado)
- Treinamento em tele propedêutica, entre outros
- Protocolos definidos para o atendimento
- NPS para avaliação do atendimento médico

Tela inicial para agendamento com data e horário a sua escolha

Escolha a data

Faça o agendamento de acordo com o melhor dia e horário para você e selecionaremos um de nossos médicos que esteja disponível.

Escolha o médico

Acesse nossa lista de médicos disponíveis, tendo a possibilidade de olhar o perfil de cada um e selecionar o que melhor se adequa a sua necessidade. Aqui você precisará adequar sua agenda à do médico, que será mostrada no agendamento.

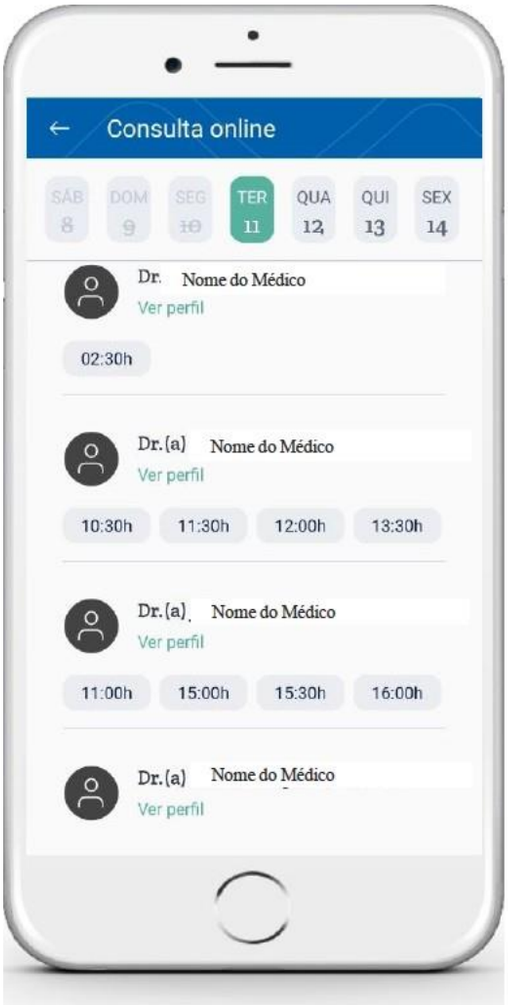
Atendimento agendado

Comodidade no Atendimento

• Clicando em Agendar consulta online o beneficiário pode selecionar o dia, horário e o profissional de sua preferência.
• É possível visualizar todos os horários disponíveis bem como o mini curriculo de nossos médicos.
• A consulta agendada aparecerá na lista de Próximos Eventos.

Melhorando a experiência do beneficiário

• 55% dos profissionais com títulos de especialistas. Parte expressiva de nossos médicos com outras pós-graduações (mestrados, MBA,Doutorados e pós-doutorados).
• O beneficiário recebe notificações em horário próximo ao início da consulta bastando abrir o apli- cativo e acessando sua consulta.
• Prontuário eletrônico, prescrição de exames e medicamentos, atestados e afastamentos etc.



Canal de dúvidas e suporte ao usuários do App Saúde iD Empresas

Logo na tela inicial do app Saúde iD você encontrará a opção **TIRA DÚVIDAS.**

Você poderá esclarecer suas dúvidas pelo atendimento.telemedicina@grupofleury.com.br

Suporte ao App Saúde iD Empresas

Problemas ao acessar ou utilizar oapp Acesse o SEU PERFIL.

Dentre as opções do seu perfil, você verá a opção ME AJUDE.

Aqui você encontrará informações que te ajudarão sobre o App Saúde iD.

Informações importantes sobre o App Saúde iD Empresas

PA Digital Saúde iD Empresas

- Aplicativo intuitivo para a realização das teleconsultas
- Certificação Digital do médico e plataforma (prescri- ção médica, solicitação de exames e atestados médicos)

Integração Tecnológica

- Prontuário Eletrônico (histórico do paciente)
- Resultados de Exames do Grupo Fleury
- Integração dos dados e demais serviços em saúde

PA Digital | Saúde iD
Empresas

Sua saúde a um clique de distância.

DISPONÍVEL NO Google Play

Baixar na App Store

https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.grupofleury.gds.pacientes

https://apps.apple.com/br/app/sa%C3%BAde-id-empresas/id1498463954