SEGURO DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
BRADESCO SAÚDE
COLETIVO EMPRESARIAL - PRÉ-PAGAMENTO
HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
SPG 03 A 199 SEGURADOS

Apólice:

Estipulante:

Bradesco Saúde

SEGURO DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR BRADESCO SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL - PRÉ-PAGAMENTO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA SPG 03 A 199 SEGURADOS

Condições Gerais

Sumário

1. OBJETO DO SEGURO 4
2. DEFINIÇÕES 4
3. COBERTURAS DO SEGURO 11
4. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 16
5. EXCLUSÕES DE COBERTURA 18
6. CARÊNCIA 21
7. DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES 22
8. MODALIDADES DE ATENDIMENTO 24
9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADMISSÃO 28
10. PAGAMENTO DO PRÊMIO 30
11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO 30
12. SUSPENSÃO E RESCISÃO DA APÓLICE DE SEGURO 31
13. EXCLUSÃO DO SEGURADO 34
14. MODALIDADES DE PAGAMENTO 34
15. DA APURAÇÃO DO PERCENTUAL ÚNICO DE REAJUSTE 36
16. INCIDÊNCIA DO PERCENTUAL ÚNICO DE REAJUSTE 39
17. MECANISMOS DE REGULAÇÃO 39
18. CUSTEIO DO SEGURO 41
19. RESPONSABILIDADES DO ESTIPULANTE 46
20. BÔNUS - DESCONTOS 46
21. DISPOSIÇÕES GERAIS 47
22. ELEIÇÃO DE FORO 48

SEGURO DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
BRADESCO SAÚDE
COLETIVO EMPRESARIAL - PRÉ-PAGAMENTO
HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
SPG 03 A 199 SEGURADOS

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social: Bradesco Saúde S/A
CNPJ: 92.693.118/0001-60
Registro na ANS: nº 005711
Classificação da Operadora na ANS: Seguradora especializada em saúde
Endereço: Rua Barão de Itapagipe, 225, Rio Comprido, Rio de Janeiro, RJ. CEP 20261-901.

QUALIFICAÇÃO DO ESTIPULANTE

Razão social:
Nome fantasia, se houver:
CNPJ:
Endereço:

CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

Tipo de contratação: Coletivo Empresarial
Segmentação assistencial: Hospitalar com Obstetrícia
Formação do preço: Preestabelecido
Serviços e coberturas adicionais: Transplantes não obrigatórios, conforme alínea "f" do item 3.1. destas Condições Gerais
Tipo de vínculo do beneficiário: com vínculo empregatício ativo e inativo
Área geográfica de abrangência: identificada em anexo a estas Condições Gerais
Área(s) de atuação: identificada(s) em anexo a estas Condições Gerais. Deverá(ão) ser indicada(s) na proposta comercial e ratificada(s) no Cartão de Identificação do Segurado.

1. OBJETO DO SEGURO

1.1. Nos termos e limites destas Condições Gerais, este seguro tem por objetivo garantir o reembolso das despesas hospitalares cobertas, inclusive as relativas às despesas médicas e aos procedimentos especiais previstos na Cláusula 3 (Coberturas do Seguro), efetuadas com o tratamento do Segurado decorrentes de problemas relacionados à saúde, doença, acidente pessoal e necessidade de atendimento obstétrico, com cobertura, respeitada a segmentação contratada, de todo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização e suas diretrizes clínicas, editado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) vigente à época do evento, no tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com Saúde, 10ª Revisão CID 10, da Organização Mundial de Saúde (OMS), observando-se ainda o disposto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, com liberdade de escolha de médicos e estabelecimentos hospitalares exclusivamente para os tratamentos realizados na área de abrangência geográfica contratada.

1.1.1. Alternativamente ao regime de reembolso e objetivando facilitar a utilização deste seguro, a Seguradora disponibilizará uma lista de profissionais e instituições médicas referenciados, integrantes da rede referenciada, que, por opção dos Segurados, poderá ser utilizada, sendo o pagamento das despesas cobertas efetuado diretamente pela Seguradora, ao prestador de serviços referenciado, por conta e ordem do Segurado.

1.2. Trata-se de seguro privado de assistência à saúde, regido pelo Código Civil Brasileiro, Código de Defesa do Consumidor e pela Lei nº 9.656/1998 e suas regulamentações. O contrato é de adesão, bilateral e aleatório, independentemente da ocorrência dos sinistros cobertos.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal

É todo evento, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física, por si só e independentemente de qualquer outra causa, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, que torne necessária a internação hospitalar do Segurado ou o seu tratamento em regime ambulatorial.

2.2. Acidente de Trabalho

É o evento ocorrido pelo exercício do trabalho a serviço da empresa Estipulante, que provoque lesão corporal ou perturbação funcional causador de morte ou de perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho, conforme previsto no art. 19 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, sendo de exclusiva responsabilidade do empregador, o registro do acidente e a regularização da situação do Segurado junto aos órgãos competentes, conforme previsto na legislação.

2.3. Apólice de Seguro
É o documento legal, emitido pela Seguradora, que formaliza a contratação do seguro, com base nas informações prestadas pelo Estipulante na Proposta de Seguro, nos termos destas Condições Gerais, cujas disposições o integram, juntamente com a Proposta de Seguro.

2.4. Autorização Prévia
É a autorização de atendimento fornecida pela Seguradora, por meio de senha, com a qual o Segurado poderá realizar os procedimentos contratados junto à rede referenciada, dentro dos limites previstos na Cláusula 17 (Mecanismos de Regulação).

2.5. Carência
É o tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de ingresso do Segurado, durante o qual não poderá usufruir das coberturas garantidas por este seguro, até que cumpridos os prazos previsto na Cláusula 6 (Carência), destas Condições Gerais.

2.6. Cartão de Identificação Bradesco Saúde
É o cartão, emitido pela Seguradora, para utilização individual e personalizada do Segurado, a fim de identificá-lo junto à rede referenciada, facilitando o atendimento e dispensando-o do pagamento imediato dos serviços cobertos pelo seguro, quando o evento estiver perfeitamente caracterizado. Nos atendimentos na rede referenciada, o Cartão de Identificação do Segurado deverá ser apresentado juntamente com o seu documento de identidade ou o do seu responsável, se este for menor de idade.

2.7. Cobertura Parcial Temporária (CPT)
É o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados da inclusão do Segurado, no qual o mesmo, quando portador e sabedor de doença e lesão preexistente, não poderá fazer uso dos seguintes procedimentos:
a) Procedimento de Alta Complexidade (PAC);
b) internação em leitos de alta tecnologia; e
c) eventos cirúrgicos.

Em qualquer dos casos descritos neste item, o atendimento deve estar relacionado a doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo proponente a Segurado ou por seu representante legal, bem como constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e suas atualizações.

2.8. Coeficiente de Reembolso de Seguro (CRS)
É a unidade expressa em moeda corrente, que serve como base para determinar os limites de reembolso das despesas médicas (CRS-DM) previstas na Cláusula 3 (Coberturas do Seguro), ou das despesas de natureza hospitalar (CRS-DH), objeto das Condições Gerais.

2.9. Coparticipação
É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo Estipulante diretamente à Seguradora, após a realização do procedimento.

Os valores e/ou percentuais serão estipulados no ato da contratação e estarão determinados na Proposta de Seguro e ratificados em Condição Particular, partes integrantes deste contrato.

Caso haja coparticipação em internações, esta será fixada em valor por evento. Para internação não haverá coparticipação em percentual, ressalvados os casos de saúde mental, conforme previsto no subitem 3.1.3.2.

Os valores ou percentuais referentes à coparticipação estarão de acordo com o normativo editado pela ANS vigente a época da contratação. Os valores em reais serão reajustados na forma e periodicidade previstas nas Cláusulas 15 (Da Apuração do Percentual Único de Reajuste) e 16 (Incidência do Percentual Único de Reajuste), respectivamente.

2.10. Corretor
O corretor de seguros, pessoa física ou jurídica, é o intermediário legalmente autorizado a angariar e a promover contratos de seguro entre a Seguradora e o Estipulante, escolhido por este último, a quem é vedado manter relação de emprego ou de direção com sociedade seguradora, conforme estabelecido na Lei nº 4.594, de 29 de dezembro de 1964, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966.

2.11. Data-base
É o dia e mês de início de vigência do seguro coletivo contratado pelo Estipulante.

2.12. Declaração de Saúde
É o documento formal e legal, preenchido e assinado pelo proponente, sem rasuras, contendo informações sobre suas condições de saúde, bem como as de seus dependentes.

2.13. Documento de Inclusão
É o documento legal, devidamente preenchido, com as informações pertinentes ao grupo familiar de cada um dos Segurados Titulares a serem incluídos no seguro contratado.

A critério do Estipulante, e com a concordância da Seguradora, as informações poderão ser transmitidas por meio de arquivo eletrônico, sem prejuízo do disposto nos parágrafos seguintes.

As informações deverão ser completas e verdadeiras, de forma a permitir o cadastramento correto dos dados na Seguradora.

É fundamental que as informações sobre a idade do Segurado Titular e de seus Segurados Dependentes sejam exatas. O Estipulante fica sujeito às sanções legais nos casos de dolo, em conformidade com o art. 766 do Código Civil Brasileiro.

2.14. Doença ou Lesão Preexistente
É aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998 e as diretrizes estabelecidas na RN (Resolução Normativa) nº 162 ou ato que vier a substituí-la.

2.15. Emergência
Considera-se emergência, exclusivamente, a situação causada por evento que caracterize risco imediato de vida ou de lesão irreparável ao Segurado, conforme declaração de seu médico assistente.

2.16. Estipulante
É a pessoa jurídica que contrata o seguro com a Seguradora para a população delimitada e a ela vinculada por relação empregatícia ou estatutária, cuja qualificação (razão social, CNPJ e endereço) consta na Proposta de Seguro e na apólice, partes integrantes do contrato.

Mediante solicitação e, desde que aprovado pela Seguradora, poderão figurar como Estipulante(s) pessoas jurídicas que se reúnam para contratar este seguro, nos termos do art. 23 da RN nº 195, com o respectivo ajuste contratual.

O Estipulante fica investido dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, devendo-lhe encaminhar todas as comunicações e avisos pertinentes à apólice, bem como propor à Seguradora a inclusão e exclusão de Segurados.

O Estipulante é responsável perante a Seguradora pelo cumprimento das obrigações previstas nestas Condições Gerais.

2.17. Evento
É a ocorrência de natureza aleatória capaz de, por si só e independentemente da vontade do Segurado, causar-lhe lesão ou doença que implique a necessidade de um ou mais atendimentos médico-hospitalares, com consequentes prejuízos econômicos ao Segurado.

2.18. Exame Médico para Avaliação de Risco
É o exame realizado pelo Segurado Titular ou seu(s) dependente(s), antes da contratação do seguro, quando solicitado pela Seguradora, a fim de constatar a existência de doença ou lesão preexistente que possa gerar necessidade de utilização dos procedimentos sujeitos à Cobertura Parcial Temporária.

2.19. Grupo Segurável
É o conjunto de pessoas que mantêm vínculo de natureza empregatícia ou estatutária, devidamente comprovado com o Estipulante, definido na Proposta de Seguro. Também poderão enquadrar-se neste grupo os dependentes destas pessoas, assim considerados aqueles definidos no item 2.30.2.

A constituição e inclusão dos componentes do grupo segurável obedecerão às regras a seguir definidas:

a) o grupo segurável deve ser constituído por, no mínimo, 3 (três) pessoas, sendo 1 (um) titular, dentre as que se enquadrem na definição de Segurado Titular e Segurado Dependente;
b) o grupo segurável deve estar devidamente caracterizado na Proposta de Seguro; e
c) não será admitida a inclusão de qualquer pessoa, como titular ou dependente, que não faça parte do grupo segurável definido na Proposta de Seguro.

O ingresso do grupo familiar dependerá da participação do Segurado Titular no seguro.

2.20. Hospital-Dia
Trata-se de regime conforme o qual o paciente comparece ao hospital, periodicamente, durante no máximo 12 (doze) horas por dia, para a realização de sessões de tratamento específico, após as quais sempre retorna ao domicílio, sem nunca pernoitar.

2.21. Inclusão de Segurado no Seguro
É a aceitação formal, pela Seguradora, do proponente e de seus dependentes, cujas características permitam identificá-los perfeitamente como pertencentes ao grupo segurável. Essa aceitação terá por base as informações fornecidas pelo Estipulante e pelo Segurado, e será caracterizada pela emissão do Cartão de Identificação do segurado.

2.21.1. Compulsória
É aquela que vincula a contratação do seguro à totalidade do grupo segurável do Estipulante. Nesta modalidade a inclusão do Segurado Titular e Segurados Dependentes é feita juntamente com sua incorporação ao grupo segurável, nos prazos previstos nestas Condições Gerais.

2.21.2. Opcional
É aquela em que não há obrigatoriedade de inclusão de todo o grupo segurável vinculado ao Estipulante.

2.22. Internação Hospitalar
Motivada por evento que, por sua gravidade ou complexidade, exija tratamento clínico ou cirúrgico, é considerada:
a) de urgência ou de emergência; ou
b) eletiva ou programada, se o evento que a motivou não tiver sido de urgência ou emergência.

2.23. Limite de Reembolso
É o limite monetário com o qual a Seguradora se compromete a ressarcir o Segurado pela realização de procedimentos, de acordo com as coberturas contratadas, em prestador de sua livre escolha.

2.23.1. Limite de Despesas com Honorários e Serviços Médicos
É o resultado da multiplicação dos seguintes fatores:
a) o valor do CRS-DM, na data do evento;
b) a quantidade de CRS-DM referente ao procedimento médico, prevista na Tabela de Honorários e Serviços Médicos da Bradesco Saúde; e
c) o múltiplo de reembolso contratado para as classes previstas na Tabela de Produto constante do Anexo às Condições Gerais.

2.23.2. Limite de Despesas Hospitalares
É o resultado da multiplicação dos seguintes fatores:
a) o valor do CRS-DH, na data do evento;
b) a quantidade de CRS-DH estabelecida na Tabela de Serviços Hospitalares da Bradesco Saúde; e
c) o múltiplo de reembolso contratado.

2.24. Lista de Referência
É a lista na qual são relacionados os prestadores de serviços hospitalares, de diversas especialidades (médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, prontos-socorros, entre outros), que integram a rede referenciada do produto contratado pelo Estipulante. Essa lista pode ser consultada pela Internet, no site www.bradescosaude.com.br.

2.25. Médico Assistente
É o profissional, escolhido pelo Segurado ou seu representante legal, responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada, podendo pertencer ou não à rede referenciada.

2.26. Múltiplos de Reembolso
São os valores estabelecidos na Tabela de Produtos constante do Anexo às Condições Gerais e considerados no cálculo do limite de reembolso.

2.26.1. O múltiplo de reembolso é um dos fatores considerados no cálculo do limite de reembolso.

2.27. Prêmio do Seguro
É a quantia que o Estipulante se obriga a pagar à Seguradora, mensal e antecipadamente, para que os Segurados tenham direito às coberturas nos limites contratados.

2.28. Proposta de Seguro
É o documento formal e legal, preenchido pelo Estipulante e entregue à Seguradora juntamente com os documentos de inclusão do grupo segurável, com as informações pertinentes aos participantes da apólice.

Caso as declarações assinadas pelo Estipulante, ou por seu representante legal, estejam incompletas ou inexatas, assim influindo na aceitação do risco e no valor do prêmio, ocorrerá o cancelamento do seguro contratado, conforme prevê a Cláusula 12 (Cancelamento da Apólice de Seguro) destas Condições Gerais. **A proposta é parte integrante do contrato.**

2.29. Rede Referenciada
É a rede elaborada pela Seguradora para facilitar a utilização do seguro, por parte de seus Segurados, composta, na região contratada, por um conjunto de médicos, hospitais, laboratórios, clínicas e prontos-socorros cujos serviços são diretamente remunerados pela Seguradora, por conta e ordem do Segurado, desde que caracterizada a cobertura contratual para o evento objeto da prestação de serviços pretendida.

2.30. Segurados
São Segurados o titular e seus dependentes efetivamente incluídos no seguro, e que nele permaneçam, conforme caracterizado no grupo segurável.

2.30.1. Segurado Titular
Como Segurado Titular poderão ser incluídas as pessoas adiante descritas que tenham relação devidamente comprovada com o Estipulante, conforme definido no item 2.19 (Grupo Segurável), desde que previsto na proposta comercial do seguro:
a) empregados;
b) sócios com poderes de gestão;
c) administradores;
d) diretores estatutários;
e) diretores com vínculo empregatício;
f) trabalhadores temporários; e
g) estagiários e menores aprendizes.

2.30.2. Segurado Dependente
Poderão ser Segurados Dependentes as pessoas adiante listadas que, comprovadamente, mantenham as seguintes relações com o Segurado Titular e desde que não conflitem com a legislação vigente à época da contratação:
a) cônjuge;
b) companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
c) filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados) com até 39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade;
d) filhos inválidos, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da declaração de Imposto de Renda do Segurado titular.

2.31. Tabelas da Bradesco Saúde
a) Tabela de Reembolso de Honorários e Serviços Médicos (THSM)
É a tabela que define os valores de referência para os procedimentos médicos, cuja cobertura deve obedecer ao disposto nestas Condições Gerais.
A cada procedimento da Tabela é atribuído uma quantidade de CRS-DM.

b) Tabela de Reembolso de Serviços Hospitalares (TSH)
É a tabela que define as quantidades de CRS-DH, para fins de reembolso das despesas hospitalares (diárias, taxas diversas, aluguéis de equipamentos, curativos, remoções etc).

2.31.1. A quantidade de CRS definida na tabela é um dos fatores considerados no cálculo do limite de reembolso.

2.31.2. As tabelas são parte integrante do contrato e encontram-se registradas no 2º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade do Rio de Janeiro, sob o nº 2834326, disponível na sede da Seguradora e na sede do Estipulante para consulta dos Segurados com suas eventuais atualizações.

2.32. Urgência
Considera-se urgência, exclusivamente, a situação causada por evento resultante de acidente pessoal, ou de complicação no processo gestacional.

3. COBERTURAS DO SEGURO

Obriga-se a Seguradora a custear, através de reembolso dentro dos limites estabelecidos no contrato ou, alternativamente, por meio de pagamento direto à rede referenciada, por conta e ordem do Segurado, as despesas relativas à cobertura assistencial hospitalar, inclusive as relativas às despesas médicas e aos procedimentos especiais previstos nesta Cláusula, quando necessárias para o tratamento de todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e obedecido ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento. A cobertura corresponde à segmentação assistencial Hospitalar com Obstetrícia observada e respeitada a abrangência geográfica, inclusive nos casos de reembolso pela utilização da livre escolha de prestadores de serviço. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência geográfica contratada, será garantido independentemente do local de origem do evento.

A seguradora custeará, conforme previsto na presente cláusula os procedimentos e eventos cobertos de acordo com a Cláusula 1 (Objeto do Seguro) destas Condições Gerais, desde que executados por profissional de saúde habilitado e que atenda aos critérios de referenciamento e reembolso adotados pela Bradesco Saúde.

3.1. Cobertura Hospitalar

A Seguradora custeará, através de reembolso dentro dos limites estabelecidos no contrato ou, alternativamente, por meio de pagamento direto a rede referenciada, por conta e ordem do Segurado, as despesas hospitalares cobertas, sem limitação de prazo de internação, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive em unidade ou centro de terapia intensiva ou similar, a critério do médico assistente, desde que haja necessidade clínica, nas seguintes eventualidades:

a) internações clínicas e cirúrgicas;
b) internações decorrentes de emergências ou urgências;
c) tratamento hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão (CID 10);
d) atendimentos obstétricos que se relacionem ao pré-natal; à gestação; partos normais, que poderão ser realizados por enfermeiro obstétrico habilitado em ambiente hospitalar; cesarianas e ao puerpério; complicações no processo gestacional, bem como abortos determinados exclusivamente em razão de risco de vida da parturiente, desde que observados os princípios da deontologia médica, além de despesas com berçário;
e) pequenas intervenções cirúrgicas em ambulatório ou clínica, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a segmentação contratada;
f) transplante:
   f1) de rim, córnea e medula óssea (autólogo e alogênico) listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento;

f2) demais transplantes não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desde que observado o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT).

g) implantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

h) cirurgias restauradoras de funções e a cirurgia plástica que não tenham finalidade estética, observadas as Diretrizes de Utilização definidas pela ANS:

h1) dermolipectomia abdominal em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago e;

h2) cirurgia reconstrutiva de mama, utilizando os meios e técnicas necessárias para a correção decorrente do tratamento cirúrgico do câncer de mama;

i) cobertura de cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista ou pelo médico, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico ministrados durante o período de internação hospitalar;

i1) cobertura da estrutura hospitalar e equipe de saúde necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório mas que, por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões utilizados durante o período de internação hospitalar, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica;

j) acidente de trabalho, sendo cobertas, exclusivamente, as despesas com assistência médico-hospitalar decorrentes do acidente, observados os limites contratuais;

k) saúde ocupacional, assim considerando o tratamento de doenças profissionais e o tratamento das lesões relacionadas a acidentes de trabalho que necessitem de internação hospitalar, observada a alínea “r” da Cláusula 5 – Exclusões de Cobertura; e

l) demais tratamentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

3.1.1. Os materiais e medicamentos necessários ao atendimento hospitalar terão suas despesas reembolsadas pela Seguradora nos prazos previstos nestas Condições Gerais na Cláusula 8 (Modalidades de Atendimento). Para o cálculo do referido reembolso será utilizado como referência o Preço publicado em tabelas de referência nacional (Brasíndice e/ou SIMPRO). Em caso de ausência de determinado material/medicamento na tabela, o reembolso será efetuado tomando-se por base os valores previstos em tabela própria da Bradesco Saúde, parte integrante deste contrato.

3.1.1.1. Alternativamente, e a seu critério, a Seguradora também poderá fornecer os materiais e medicamentos aos hospitais, diretamente ou através de empresas especializadas.

3.1.2. São consideradas despesas hospitalares os gastos com:

a) internação em quarto individual ou em enfermaria (quarto coletivo);

b) utilização de centro cirúrgico, unidade ou centro de terapia intensiva, ou semi-intensiva, leitos especiais e toda a aparelhagem indispensável ao tratamento do paciente, durante a internação hospitalar;
c) alimentação, inclusive dietética, durante a internação hospitalar;
d) serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular;
e) materiais, anestésicos e medicamentos necessários ao tratamento, até a alta hospitalar;
f) gases medicinais indispensáveis ao tratamento, até a alta hospitalar;
g) acomodação e alimentação, quando fornecidas e incluídas pelo hospital na diária de acompanhante, para 1 (um) acompanhante de paciente internado, nas seguintes condições:
   g1) crianças e adolescentes com menos de 18 (dezoito) anos e idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade; conforme indicação de médico ou cirurgião dentista assistente;
   g2) portadores de deficiência, conforme indicação do médico-assistente ou cirurgião dentista assistente; e
   g3) parturiente, durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato (10 dias), salvo contraindicação do médico-assistente, ou, quando houver indicação, limitado ao previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e o custo relativo à paramentação de seu acompanhante;
h) remoção de paciente em ambulância, por via terrestre, para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no seguro contratado, em território brasileiro, quando solicitada e justificada pelo médico assistente;
i) taxas hospitalares inerentes à assistência médico-hospitalar; e
j) despesas relativas a transplantes, quais sejam, as assistenciais com doadores vivos; as com medicamentos utilizados durante a internação, as com acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e as com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.
   j1) Segurados candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), e sujeitar-se-ão aos critérios de fila única de espera e de seleção.

3.1.2.1. Quando da necessidade de remoção, caberá ao estabelecimento hospitalar de origem providenciar o contato com a empresa prestadora do serviço de remoção e certificar-se da existência, no estabelecimento a que se destina o paciente, de recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

3.1.2.2. Quando da necessidade de transplantes, os exames e testes para a escolha do doador (como, por exemplo, o de compatibilidade genética) relativos a estes procedimentos serão pagos por regime de reembolso, obedecidos os limites estabelecidos no contrato.

3.1.2.3. Caso haja indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada, é garantido ao Segurado o acesso à acomodação superior, sem ônus adicional.

3.1.2.3.1. Tratando-se de acomodação em quarto coletivo, a Seguradora custeará os gastos previstos na alínea “g” do subitem 3.1.2, se no hospital houver disponibilidade de acomodação para acompanhante em enfermaria.

3.1.3 Psiquiatria

3.1.3.1. Fica assegurada a cobertura hospitalar psiquiátrica descrita nas alíneas "a" e "b" adiante, em número ilimitado de dias:

a) internação em hospital psiquiátrico, em unidade de terapia ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para segurado portador de transtornos psiquiátricos; e
b) internação em hospital geral, para segurado portador de transtornos psiquiátricos que apresente quadro de intoxicação ou abstinência provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química, por isso necessitando de hospitalização.

3.1.3.2. A partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, haverá coparticipação do segurado, na forma de percentual, sobre o valor das despesas médicas e hospitalares, dentro de um mesmo período anual de vigência do seguro.

3.1.3.2.1. Exceção será feita aos casos em que o contrato preveja coparticipação para internação, pois, nesta hipótese, a coparticipação será aplicada a partir do 1º (primeiro) dia de internação.

3.1.3.2.1.1. O percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro e, na ausência do percentual máximo, a participação será de 50% (cinquenta por cento).

3.1.3.3. O Segurado dispõe de dias ilimitados para tratamento em regime de hospital-dia, de acordo com as Diretrizes de Utilização definidas pela ANS.

3.1.3.4. Terão cobertura os atendimentos com internação clínica ou cirúrgica decorrentes de transtornos psiquiátricos, inclusive os procedimentos médicos necessários ao atendimento de lesões autoinfligidas.

3.1.4. São consideradas despesas médicas exclusivamente os gastos previstos adiante, durante o período de internação, e desde que solicitado pelo médico assistente, segundo necessidade clínica:

a) honorários médicos relativos aos procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados durante a internação, os quais incluem os serviços prestados pelo médico assistente, auxiliar(es), anestesista e instrumentador;
b) honorários médicos referentes a procedimentos de diagnose e terapia;
c) exames laboratoriais para controle da evolução da doença;
d) exames anatomopatológicos, radiológicos e cintilográficos, desde que referentes a tratamentos cobertos, indispensáveis ao controle da evolução da doença e a sua elucidação diagnóstica;
e) transfusão de sangue e seus derivados;
f) tratamento de quimioterapia e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral de acordo com as condições estabelecidas nas Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), radioterapia, hemodiálise, diálise peritoneal - CAPD, hemoterapia, nutrição parenteral ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolização,

radiologia intervencionista, exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos e fisioterapia, segundo necessidade clínica; e

g) outras despesas constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento.

3.1.5. Também estarão cobertos os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada sob o regime de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
c) procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
d) hemoterapia;
e) nutrição parenteral ou enteral;
f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
h) radiologia intervencionista;
i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; e
k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

3.2. Fica assegurada a cobertura prevista nestas Condições Gerais ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado Titular ou do Segurado Dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias de vida, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo pai ou mãe, segurados da apólice, sendo vedada à Seguradora qualquer alegação de doenças ou lesões preexistentes, ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária, ou agravo, nos termos da legislação vigente.

3.3. Serão custeados, ainda, os medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e os medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, de acordo com as condições estabelecidas nas Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina, através de reembolso dentro dos limites estabelecidos em contrato.

4. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

4.1. Sem prejuízo ao disposto no item 8.1 da Cláusula 8 (Modalidades de Atendimento), nos casos caracterizados como de emergência ou urgência, assim considerados aqueles definidos nos itens 2.15 e 2.32, respectivamente, o Segurado poderá ser atendido em quaisquer dos prontos-socorros constantes na Lista de Referência da rede referenciada do produto contratado e que estarão devidamente identificados.

4.2. O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal estará garantido, sem restrições, respeitadas a cobertura e segmentação contratadas, decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do seguro.

4.3. Estarão cobertos os atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta, ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

4.4. Ficam garantidos os atendimentos, inclusive quando se referirem ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação no decorrer desse período, nos casos em que:

a) o Segurado estiver submetido à Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes; ou

b) o Segurado ou a Segurada gestante, ainda esteja cumprindo prazo de carência para internação.

4.4.1. Exclusivamente nos casos previstos nas alíneas "a" e "b" deste item, quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgências e emergências, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do Segurado.

4.5. Para os Segurados que ingressem em apólices cujo número de vidas seja igual ou superior a 30 (trinta) na data de seu ingresso e desde que o pedido de inclusão no seguro tenha sido feito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do início de vigência da apólice ou de sua elegibilidade, não haverá exigência de carência ou Cobertura Parcial Temporária, sendo a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência aquela estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para a segmentação hospitalar com obstetrícia, desde o seu início no seguro.

4.6. Fica assegurada a cobertura de remoção ao paciente, nos termos previstos na alínea “h” do subitem 3.1.2, após realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência quando caracterizado pelo médico assistente a falta de recursos para a continuidade do atendimento. Neste caso a remoção será realizada para um estabelecimento hospitalar da rede referenciada ou outro estabelecimento, de livre

escolha do Segurado e do médico responsável, em comum acordo.

4.7. A cobertura de remoção dar-se-á, através de reembolso, dentro dos limites estabelecidos no contrato ou, alternativamente, por meio de pagamento direto à rede referenciada, por conta e ordem do Segurado, para unidade própria do SUS ou a ele conveniada, nos seguintes casos:

a) após o atendimento de urgência e emergência, quando o Segurado submetido à Cobertura Parcial Temporária necessitar de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e/ou Procedimentos de Alta Complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes; ou

b) após o atendimento de urgência e emergência, no caso de Segurado que ainda está cumprindo carência para internação.

4.7.1. Nestes casos são aplicáveis as seguintes regras:

a) Caso não haja possibilidade de remoção em razão de risco de vida do Segurado seu representante ou responsável deverá negociar com o prestador de serviços a responsabilidade financeira pela continuidade da assistência ao Segurado.

b) A Seguradora garantirá ao paciente a cobertura de remoção, cabendo ao estabelecimento hospitalar de origem providenciar o contato com a empresa prestadora de serviço de remoção, para uma unidade própria do SUS ou a ele conveniada, que disponha dos recursos necessários a garantir continuidade de seu atendimento. Para a remoção, será utilizada ambulância que disporá de todos os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, ficando assegurada a assistência ao paciente até que seja efetivado o seu registro na unidade própria do SUS ou a ele conveniada.

c) Se o paciente ou seu responsável/representante optar pela continuidade do atendimento em outra unidade, mediante assinatura de termo de responsabilidade, não haverá cobertura para a remoção.

4.8. Após o cumprimento do período de carências, a cobertura de remoção estará assegurada também, a partir da ciência da Seguradora, quando ocorrer:

a) de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS, dentro da área de atuação do plano contratado, para estabelecimento hospitalar integrante da rede referenciada do plano contratado;

b) de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não pertencente à rede referenciada do plano contratado, para estabelecimento hospitalar integrante da rede referenciada do plano contratado;

c) de hospital ou serviço de pronto-atendimento integrante da rede referenciada do plano contratado e localizado dentro de sua área de atuação, para outro estabelecimento hospitalar integrante da rede referenciada do plano contratado, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de origem;

d) de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não pertencente à rede referenciada do plano contratado e localizado fora de sua área de atuação, para um estabelecimento hospitalar integrante da rede referenciada do plano contratado, apto a realizar o devido atendimento, nos casos em que o evento que

originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano contratado e na indisponibilidade ou inexistência de prestador, conforme previsto na Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011; e

e) de hospital ou serviço de pronto-atendimento integrante da rede referenciada do plano contratado e localizado dentro de sua área de atuação, para estabelecimento hospitalar integrante da rede referenciada do plano contratado, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em unidade de saúde específica.

4.8.1. Nas hipóteses relacionadas nas alíneas acima, a remoção somente poderá ser realizada mediante consentimento do beneficiário ou de seu responsável e autorização do médico assistente.

5. EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1. Estão expressamente excluídas da cobertura deste seguro as despesas médico hospitalares não previstas nestas Condições Gerais, na Cláusula 3 (Coberturas do Seguro), e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS) vigente à época da ocorrência do evento, bem como nas Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), decorrentes de ou realizadas com:

a) consultas e exames realizados fora do regime de internação hospitalar, exceto os exames de pré-natal, pré-anestésicos e pré-cirúrgicos e o acompanhamento clínico dos transplantes de córnea, rim e medula óssea;

b) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, conforme definido pela ANS e demais órgãos competentes;

c) excluída;

d) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, exceto:

d1) a dermolipectomia abdominal em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após a cirurgia de redução do estômago; e

d2) a cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para correção decorrente do tratamento cirúrgico do câncer de mama;

e) inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

f) tratamento de rejuvenescimento ou de redução de peso em clínica de emagrecimento, *spas*, clínica de repouso e estâncias hidrominerais;

g) tratamento ou acolhimento de idosos ou portadores de necessidades especiais em clínica de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas, bem como internações em ambiente hospitalar que não sejam decorrentes de indicação médica;

h) medicamentos importados não nacionalizados;

i) exames de genética realizados fora do território nacional, independente da coleta do material realizado no Brasil;

j) vacinas e medicamentos de qualquer natureza, administrados em ambiente domiciliar ou no atendimento ambulatorial, exceto:

j1) se o atendimento ambulatorial for caracterizado como de urgência ou emergência; e

j2) os medicamentos antineoplásicos orais e os medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, de acordo com as condições estabelecidas nas Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

k) curativo simples, exceto se realizados durante a internação hospitalar ou, nos casos de urgência e emergência, em nível ambulatorial, se houver prescrição médica para a sua realização por profissional habilitado;

l) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, bem como exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos governamentais competentes nem por sociedades médico-científicas brasileiras;

m) qualquer atendimento prestado por profissional de saúde não habilitado para a sua realização;

n) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

o) procedimentos odontológicos, ainda que decorrentes de acidente pessoal, exceto:

o1) cirurgias bucomaxilofaciais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e

o2) procedimentos odontológicos ambulatoriais que, por imperativo clínico, necessitem de ambiente hospitalar. Nesse caso, estão excluídas as despesas com honorários do cirurgião-dentista e o custo dos materiais odontológicos;

p) enfermagem em caráter particular, seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;

q) órteses ou próteses não implantadas cirurgicamente (externas), ou que possuam finalidade estética e que não visem restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, assim entendidas como:

q1) prótese, qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido; e

q2) órtese, qualquer material permanente ou transitório, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido;

r) procedimentos relacionados com a manutenção de Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, com a realização de exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais, conforme Norma Regulamentadora nº 7 do Ministério do Trabalho;

s) atendimentos ambulatoriais ou hospitalares para fins de diagnóstico (exames), terapia ou recuperação, excetuando-se: o tratamento de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, diálise peritoneal - CAPD, hemoterapia, nutrição

parenteral ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolização, radiologia intervencionista, exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos e fisioterapia, segundo necessidade clínica;

t) cirurgia refrativa em condições diferentes das estabelecidas, inclusive quanto ao grau, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e da respectiva Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigentes à época da ocorrência do evento;

u) internações, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;

v) remoção aérea e marítima e a terrestre que ocorrer nos seguintes casos:
v1) de local público ou privado que não seja unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento – ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade ou inexistência de prestadores credenciados, conforme previsto na Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011; e
v2) de unidade referenciada para outra não referenciada;

w) despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente;

x) quaisquer despesas não relacionadas com o atendimento, tais como serviços telefônicos, frigobar, TV, etc.;

y) equipamentos e aparelhos para utilização após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários à continuidade do tratamento do Segurado;

z) despesas com acompanhante de pacientes, exceto a referente à acomodação e alimentação, fornecidas e incluídas pelo hospital na diária de acompanhante, para 1 (um) acompanhante de paciente internado, nas condições previstas na Cláusula 3 (Coberturas do Seguro);

aa) outros procedimentos não constantes expressamente nestas Condições Gerais, na Cláusula 3 (Coberturas do Seguro), nas Diretrizes de Utilização e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na regulamentação editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento; e

bb) consultas, assistência e internação domiciliar ou qualquer outra assistência realizada por profissional de saúde em ambiente domiciliar ("home care");

bb1) Em cumprimento ao Termo de Ajustamento de Conduta – TAC, firmado junto ao Ministério Público do Estado de SP, configura-se exceção ao disposto na alínea "bb" supra, a extensão da internação hospitalar coberta pelo seguro, em ambiente domiciliar, desde que indicada pelo médico-assistente do paciente, para o domicílio indicado pelo representante legal do segurado-paciente, tão somente nos casos em que este necessitar de Ventilação Mecânica Invasiva Contínua. O atendimento será feito por empresa de Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), regularmente autorizada para tal, e em conformidade com todas as exigências estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em sua Resolução RDC nº 11, de 26.01.2006, especificamente as relativas a:

- **Condições Gerais, dentre elas a atribuição do SAD de possuir sistema de comunicação que garanta o acionamento da equipe, serviços de retaguarda, apoio**

ou suporte logístico em caso de urgência e emergência, bem como a garantia da remoção ou retorno à internação hospitalar;

- **Condições Específicas, dentre elas o acompanhamento por profissional da EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar;**
- **Recursos Humanos;**
- **Infraestrutura física;**
- **Equipamentos, medicamentos e materiais;**
- **Procedimentos de suporte técnico e logístico; e**
- **Avaliação da assistência domiciliar.**

Dentre as exigências estabelecidas para cumprimento pelo SAD, destacam-se aquelas referentes ao domicílio indicado para a extensão da internação hospitalar coberta pelo seguro, cujas condições devem ser observadas pelo representante do segurado-paciente, sem qualquer ingerência ou responsabilidade por parte da Seguradora, tais como:

a) suprimento de água potável;

b) fornecimento de energia elétrica;

c) meio de comunicação de fácil acesso;

d) facilidade de acesso para veículos;

d) ambiente com janela, específico para o paciente, e com dimensões mínimas para um leito e equipamentos;

e) cuidador (pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana). As orientações verbais e escritas ao cuidador, sempre em linguagem clara, são de responsabilidade do SAD; e

f) proximidade a um local para atendimento de urgência e emergência e internação hospitalar.

Na eventualidade de tais regras serem alteradas pela ANVISA ou órgão competente que venha a substituí-lo, prevalecerão as que estiverem vigentes na ocasião do evento.

A condição de extensão da internação hospitalar coberta pelo seguro, em ambiente domiciliar, não se confunde com assistência de enfermagem em caráter particular ou qualquer outro cuidado domiciliar, cessando a sua indicação quando cessarem as indicações previstas nesta alínea.

A cobertura a esta extensão da internação hospitalar, não prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, poderá ser garantida por prestador com o qual a seguradora possua acordo operacional firmado, e decorre de compromisso assumido pela Bradesco Saúde junto ao Ministério Público do Estado de São Paulo, ao firmar um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), com efeitos a partir de 16/03/2017.

6. CARÊNCIA

6.1. As coberturas garantidas por este seguro somente terão efeito após os seguintes períodos de carência, contados a partir da data de ingresso do Segurado na apólice:

a) 24(vinte e quatro) horas, para os casos de urgência e emergência;

b) 300 (trezentos) dias para o parto a termo; e
c) 180(cento e oitenta) dias para os demais casos cobertos, observada a segmentação contratada.

6.2. Estarão isentos do cumprimento dos prazos de carência fixados nesta cláusula os Segurados que ingressarem em apólices cujo número de vidas seguradas seja igual ou superior a 30 (trinta), considerando a data do seu ingresso, desde que:
a) o pedido de inclusão seja feito, à Seguradora, em até 30 (trinta) dias da data do início de vigência da apólice, para os Segurados que já pertencem ao grupo segurável na época da contratação do seguro; ou
b) o pedido de inclusão seja feito, à Seguradora, em até 30 (trinta) dias a contar de sua elegibilidade, para àqueles que ingressem no grupo segurável, após a data do início desta apólice.

7. DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

7.1. As condições estabelecidas nesta cláusula se aplicam, exclusivamente, aos Segurados que se enquadrem em uma das situações adiante:
a) Segurados que ingressem em apólices cujo número de vidas seja inferior a 30 (trinta), considerando a data do seu ingresso;
b) Segurados cuja solicitação de inclusão seja feita à Seguradora após 30 (trinta) dias do início de vigência da apólice, para aqueles que já pertenciam ao grupo segurável na época de contratação do seguro; e
c) Segurados cuja solicitação de inclusão seja feita à Seguradora após 30 (trinta) dias de sua elegibilidade, para aqueles que ingressem no grupo segurável, após a data do início desta apólice.

7.2. Além do preenchimento da Declaração de Saúde, constante da Proposta de Seguro e descrita na Cláusula 2 (Definições), a Seguradora se reserva o direito de exigir do proponente a Segurado - titular ou dependente - a realização de exame médico para avaliação de risco, arcando com as despesas necessárias.

7.2.1. O não atendimento desta exigência autorizará a Seguradora a recusar a aceitação desse proponente.

7.2.2. A critério do proponente, a Declaração de Saúde será preparada sob orientação médica, especialmente no que diz respeito a doenças ou lesões preexistentes à data do preenchimento da proposta, cujos sintomas já sejam de conhecimento do(s) interessado(s) na cobertura oferecida pelo seguro, sob pena de, após regular trâmite na ANS, este vir a ser considerado fraudado e, por isso, cancelado.

7.2.2.1. O proponente poderá escolher um médico, dentre os pertencentes à lista de profissionais médicos da rede de prestadores referenciados pela Seguradora, para orientá-lo no preenchimento da declaração, sem qualquer ônus. Caso opte por um profissional de sua livre escolha, o proponente assumirá o ônus financeiro dessa entrevista.

7.3. Se na avaliação da Declaração de Saúde ou do exame médico para avaliação de risco for identificada alguma patologia ou lesão de que o proponente a Segurado, titular ou dependente, seja portador, a Seguradora aplicará a Cobertura Parcial Temporária (CPT). A aplicação da CPT deve ser precedida da concordância expressa do proponente a Segurado titular.

7.4. A doença ou lesão preexistente poderá ser identificada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova.

7.4.1. As informações médicas obtidas pela Seguradora terão caráter sigiloso, somente podendo ser utilizadas para elucidação, no âmbito administrativo ou judicial, de eventos médico-hospitalares relacionados a este seguro.

7.5. Em nenhuma hipótese haverá recusa da Seguradora em aceitar o proponente a Segurado caso seja constatada alguma patologia ou lesão na Declaração de Saúde ou no exame médico para a avaliação do risco.

7.6. À Seguradora não será permitido alegar, posteriormente à inclusão do Segurado na apólice, a omissão, por parte desse, de informação a respeito de doença ou lesão preexistente, caso o mesmo tenha sido submetido a qualquer tipo de exame ou perícia, com vistas à sua admissão no seguro.

7.7. Caso a Seguradora identifique, durante a vigência do seguro, possível omissão de informações, por parte do Segurado ou de seu representante legal, relativa a doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador à época da contratação, deverá comunicá-lo imediatamente, mediante envio de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá, a seu critério:

a) oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) na forma definida nestas Condições Gerais e nas informações constantes na Carta de Orientação ao Beneficiário (anexa à documentação de inclusão); ou

b) solicitar a abertura de processo administrativo junto à ANS em razão dessa omissão.

7.7.1. Se houver deferimento por parte desse órgão, após julgamento do referido processo, à Seguradora será permitida a exclusão do Segurado da apólice e a cobrança ao Segurado ou ao seu representante legal, pelos custos havidos em decorrência da realização de procedimento(s) relativo(s) à doença ou lesão não declarada oportunamente.

7.7.2. Nenhuma cobertura será negada ao Segurado, para doença ou lesão preexistente não declarada, até que a Seguradora apresente as provas concretas junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de que o Segurado omitiu a doença ou lesão na Declaração de Saúde.

7.7.3. Até a decisão da ANS não haverá suspensão do contrato nem do atendimento.

7.8. Não haverá aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou agravo, nos casos de

doença ou lesão Preexistente, para os Segurados que ingressem em apólices cujo número de vidas seja igual ou superior a 30 (trinta), considerando a data de seu ingresso, desde que:

a) o pedido de inclusão tenha sido feito à Seguradora em até 30 (trinta) dias do início de vigência da apólice, para àqueles que já pertenciam ao grupo segurável, definido na Cláusula 9 (Condições de Aceitação e Admissão), na época de contratação do seguro; ou

b) o pedido de inclusão tenha sido feito à Seguradora em até 30 (trinta) dias de sua elegibilidade, para aqueles que ingressem no grupo segurável, após a data do início desta apólice.

8. MODALIDADES DE ATENDIMENTO

8.1. Acesso a Livre Escolha de Prestadores de Serviço

8.1.1. Nos termos e limites destas Condições Gerais, este seguro tem por objetivo garantir o reembolso das despesas hospitalares cobertas, inclusive as relativas às despesas médicas e aos procedimentos especiais previstos na Cláusula 3 (Coberturas do Seguro), efetuadas com o tratamento do Segurado, decorrentes de problemas relacionados à saúde, doença, acidente pessoal e necessidade de atendimento obstétrico, com liberdade de escolha de médicos e estabelecimentos hospitalares exclusivamente para os tratamentos realizados na abrangência geográfica e área de atuação contratadas e constantes da proposta do seguro.

8.1.2. Quando o Segurado utilizar um prestador de serviços que não fizer parte da rede referenciada do produto contratado, o pagamento dos serviços, inclusive os relativos aos casos de urgência e emergência, será sempre feito por reembolso ao Segurado, para eventos cobertos pelo seguro, de acordo com os limites estabelecidos no contrato e desde que o prestador esteja localizado na abrangência geográfica e área de atuação contratadas, ficando assegurado que o valor do reembolso não será inferior ao praticado com a rede referenciada. Da mesma forma, é vedado o reembolso diferenciado por prestador.

8.1.3. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento de reembolso devido pelo presente contrato de seguro, inclusive nos casos de urgência e emergência, contados a partir do recebimento pela Seguradora da documentação adequada, estipulada nestas Condições Gerais.

8.1.3.1. Caso a documentação não contenha todos os documentos, conforme lista descrita adiante, ou ainda em caso de inexatidão dos referidos documentos, a Seguradora poderá pedir informações complementares, no prazo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação pelo Segurado.

8.1.3.2. Após a entrega dos documentos por parte do Segurado, a Seguradora terá um novo prazo, de até 30 (trinta) dias para efetuar o reembolso.

8.1.3.3. O Segurado deverá observar o prazo máximo para apresentação dos pedidos de reembolso, que é de 1 (um) ano a partir da data de ocorrência do evento, conforme previsto no Código Civil Brasileiro, em seu artigo 206.

8.1.4. O valor do reembolso em reais será obtido através da multiplicação dos seguintes fatores:

a) a quantidade de CRS (Coeficiente de Reembolso de Seguros), cujos valores de referência para os procedimentos médicos cobertos encontram-se previstos na Tabela de Reembolso de Honorários e Serviços Médicos definida no item 2.31 destas Condições Gerais;
b) o valor do CRS (em reais) vigente na data do evento; e
c) o múltiplo de reembolso correspondente ao plano em que o Segurado estava inscrito na data do evento.

8.1.5. Para o efetivo reembolso, o Segurado deverá apresentar formulário específico, devidamente preenchido com seus dados cadastrais, acompanhado da documentação completa, elencada adiante:

8.1.5.1. Internação, Inclusive de Natureza Obstétrica

As internações clínicas ou cirúrgicas que venham a ser realizadas em locais que não façam parte da rede referenciada do produto contratado, serão reembolsadas, mediante o cumprimento, por parte do Segurado, das condições adiante:

8.1.5.1.1. Despesas Hospitalares

Para a solicitação do reembolso de despesas hospitalares, o Segurado deverá apresentar:

a) relatório médico contendo nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, justificativa para a internação e descrição e período do atendimento;
b) nota fiscal, original e quitada emitida pelo hospital, contendo: nome do paciente, data do evento, valor pago, razão social e CNPJ do hospital; e
c) fatura emitida pelo hospital com a descrição detalhada da conta hospitalar, inclusive diárias, taxas, relação de materiais e medicamentos utilizados e exames efetuados e cobrados do Segurado durante a internação, com os respectivos valores unitários, data da alta e período de cobrança.

8.1.5.1.2. Honorários Médicos

Para a solicitação do reembolso da equipe médica e/ou do médico assistente que tenha realizado o atendimento durante o período de internação, o Segurado deverá apresentar:

a) relatório médico, datado, assinado e carimbado, contendo nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, justificativa para a internação, descrição e período do atendimento;
b) laudo anatomopatológico (se houver);
c) boletim operatório com a descrição do ato cirúrgico;
d) laudo dos exames de imagem e laboratoriais pré e pós-operatórios relacionados à patologia;
e) pareceres de especialistas relacionados à patologia, se houver; e
f.1) recibo, original e quitado, emitido pelo médico contendo: nome do paciente, valor pago, descrição e período do atendimento e dados do médico (nome, CRM, CPF, endereço, telefone, especialidade, assinatura e carimbo); ou
f.2) nota Fiscal, original e quitada, emitida pelo hospital contendo: nome do paciente, valor pago, descrição e período do atendimento, razão social e o CNPJ da instituição.

8.1.5.1.2.1. Caso o procedimento realizado seja a vasectomia/laqueadura tubária, deverá

ser enviado, ainda, documento complementar, firmado com a expressa manifestação da vontade do segurado/paciente em que constem informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes. Em se tratando de casais, também deve ser enviado documento em que conste o expresso consentimento do cônjuge/companheiro(a).

8.1.5.1.2.2. Adicionalmente, devem constar em um dos documentos citados nas alíneas “a”, “f.1” e “f.2”, do item 8.1.5.1.2 a participação e os valores correspondentes a cada membro da equipe que realizou o atendimento (cirurgião, 1º auxiliar, 2º auxiliar etc). No caso de atendimento clínico, devem ser informados a especialidade, o número e as datas das visitas cobradas.

8.1.5.2. Remoção em Ambulância

Nos casos em que haja necessidade de remoção do Segurado entre prestadores hospitalares, com utilização de empresa de remoção não integrante da rede referenciada do produto contratado, a solicitação do reembolso deverá ser feita mediante a apresentação de:

a) relatório médico, datado, assinado e carimbado, informando o nome do paciente, diagnóstico e justificativa clínica para a remoção; e
b) nota Fiscal, original e quitada emitida pela empresa de remoção, contendo: o nome do paciente, data da remoção, valor pago, quilometragem percorrida, local de partida e destino, tempo de espera, se houver, tipo de ambulância (UTI ou simples), descrição do valor dos honorários médicos, se houver, razão social e CNPJ da empresa.

8.1.5.3. Procedimentos Especiais - Quimioterapia, Radioterapia e Diálise

Nos casos em que o Segurado realizar os procedimentos considerados especiais, previstos na Cláusula 3 (Coberturas do Seguro) - Quimioterapia, Radioterapia e Diálise, em prestador não integrante da rede referenciada do produto contratado, o reembolso deverá ser solicitado mediante a apresentação de:

a) relatório emitido pelo médico assistente, datado, assinado e carimbado, contendo nome do paciente, número e data das sessões, diagnóstico, descrição e justificativa para o tratamento solicitado, histórico dos tratamentos já realizados e planejamento terapêutico; e
b) recibo, original e quitado, contendo: nome do paciente, número de sessões e as datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição do tratamento e dados do médico (nome, CRM, CPF, endereço, telefone, assinatura e carimbo); ou
c) nota fiscal, original e quitada, contendo: nome do paciente, número de sessões e datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição do tratamento, razão social e CNPJ da instituição; e
d) fatura que descreva todos os itens da conta (materiais, medicamentos, taxas etc.) com seus valores unitários.

8.1.5.3.1. Na realização de quimioterapia, deverá ser enviada a seguinte documentação complementar:

a) laudos dos exames relacionados à patologia em questão (anatomopatológico, imunohistoquímico, de imagem, etc.);
b) laudos dos exames, no caso da utilização de adjuvantes, assim como justificativa médica para seu uso; e

c) novo relatório médico, em caso de troca de esquema terapêutico, com a justificativa e laudos de exames, se houver.

8.1.5.4. Próteses e Órteses de Implantação Cirúrgica

A solicitação de reembolso referente às próteses e órteses implantadas cirurgicamente e que estejam previstas na cobertura contratada devem ser encaminhadas mediante a apresentação de:

a) relatório emitido pelo médico assistente contendo o nome do paciente, descrição e data do procedimento, diagnóstico e justificativa para a solicitação do material; e

b) nota fiscal original e quitada do fornecedor, distribuidor ou fabricante com nome do paciente, data da emissão, valor pago, descrição do material, marca, modelo, fabricante, número de registro na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), nome e CNPJ do emitente, não se aceitando recibo do médico, nota fiscal ou recibo do hospital ou clínica onde foi realizada a cirurgia.

8.1.6. Independente do procedimento realizado pelo Segurado, para o efetivo reembolso não serão aceitos como documentos comprobatórios da prestação de serviço: RPA (recibos de pagamentos de autônomos), RPS (recibos provisórios de serviços e ou temporários), nota de serviço, nota de débito, duplicatas ou DANFE (documento auxiliar de nota fiscal eletrônica).

8.2. Atendimento na Rede Referenciada

8.2.1. Quando o Segurado não utilizar o regime de reembolso e recorrer à rede referenciada, o pagamento das despesas hospitalares, inclusive as relativas às despesas médicas e aos procedimentos especiais previstos na Cláusula 3 (Coberturas do Seguro), poderá ser feito pela Seguradora, por conta e ordem do Segurado, quando ficar perfeitamente caracterizada a cobertura do evento hospitalar, observadas as condições contratadas.

8.2.2. A utilização dos serviços de médicos, clínicas, hospitais e laboratórios do sistema referenciado deverá observar a rede referenciada, do produto contratado.

8.2.3. A organização das redes referenciadas levará em conta as possibilidades de referenciamento de profissionais e instituições médicas locais, observados, ainda, os critérios técnicos de qualidade adotados pela Seguradora.

8.2.4. A Seguradora não pagará eventos caso seja constatada inexatidão ou omissão de informações nas declarações constantes da documentação necessária à internação hospitalar ou, ainda, nos documentos apresentados para reembolso de despesas hospitalares.

8.2.5 O atendimento aos segurados, quando realizado através de rede referenciada fica restrito aos profissionais e instituições hospitalares constantes da Lista de Referência, de acordo com as especialidades e procedimentos médicos nela indicados.

8.2.5.1. A Seguradora disponibilizará em seu Portal na Internet (bradescosaude.com.br) a relação atualizada de prestadores médico-hospitalares que compõem as redes referenciadas. Também será disponibilizada no Portal, ou, alternativamente, nos canais de atendimento, através dos telefones constantes

destas Condições Gerais, relação contendo as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas nas redes referenciadas nos 180 (cento e oitenta) dias anteriores à data da consulta.

9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADMISSÃO

9.1. Por se tratar de seguro de contratação coletivo empresarial, a cobertura oferecida se estende à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica contratante, conforme previsto na legislação em vigor.

9.2. Ao emitir a apólice e os subsequentes Cartões de Identificação, a Seguradora formaliza a aceitação do seguro, que lhe é submetido através da Proposta de Seguro assinada pelo Estipulante ou por seus representantes legais, bem como dos documentos de inclusão, assinados pelo proponente a Segurado Titular do grupo segurável.

9.3. Para o grupo segurável homogêneo, o padrão de seguro será obrigatoriamente único para todas as garantias e para a totalidade de componentes do grupo, devendo ser obedecida a opção feita pelo Estipulante, quando do preenchimento e assinatura da Proposta de Seguro.

9.3.1. O grupo homogêneo, proposto pelo Estipulante e sujeito à análise e aceitação da Seguradora, é definido como o conjunto de pessoas que possuem igualdade ou similaridade de salário, cargo ou função.

9.4. O início da cobertura, para os Segurados Titulares e respectivos dependentes poderá ocorrer:

a) na data indicada pelo Estipulante, desde que o pedido de inclusão seja feito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do início de vigência da apólice ou em até 30 (trinta) dias contados da elegibilidade do Segurado: admissão, casamento/união estável ou nascimento/adoção;
b) na data indicada pelo Estipulante, a qualquer momento durante a vigência da apólice.

9.4.1. Nas situações previstas nos itens "a" e "b" deverão ser observados os prazos de carência previstos na Cláusula 6 (Carência) e o previsto na Cláusula 7 (Doenças e Lesões Pré-Existentes), caso aplicáveis, bem como o disposto na Cláusula 20 (Bônus – Descontos).

9.4.2. Ficam asseguradas:

a) inclusão do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado isento do cumprimento dos períodos de carência, de Cobertura Parcial Temporária ou agravo, desde que essa inclusão na apólice ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, conforme previsto no art. 12, inciso III da Lei nº 9.656/1998.
b) inclusão na apólice de filho adotivo do Segurado Titular, menor de (doze) anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo Segurado adotante; e

c) inclusão de inativos, assim considerados aqueles contributários na forma prevista nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/1998 e suas regulamentações.

9.4.2.1. O benefício descrito na alínea "a" do item anterior será assegurado desde que o recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado, se enquadre na condição de dependente, conforme item 2.30.2.

9.5. Observada a condição de Segurado Dependente prevista no subitem 2.30.2, não haverá qualquer impedimento à sua participação no seguro-saúde em razão de idade ou condição de portador de deficiência. Tampouco serão permitidas quaisquer outras exigências que não as necessárias para a vinculação ao Estipulante.

9.6. As inclusões ou exclusões de Segurados, para efeito de faturamento, serão computadas a partir da fatura subsequente ao mês da entrega comprovada da comunicação, por escrito, à Seguradora, cobrando-se ou devolvendo-se as parcelas que digam respeito a inclusões ou exclusões ocorridas em meses anteriores ao faturado, limitado a 60 (sessenta) dias.

9.7. Transferência de Planos
O Estipulante deverá optar por um ou mais planos dentre os disponíveis pela Seguradora, no momento da contratação, e durante a vigência do seguro poderá solicitar a transferência de um ou mais segurados para outro plano, observando as regras adiante:

9.7.1. O Estipulante que optou no momento da contratação por incluir planos em sua apólice sem vincular os segurados titulares em razão de seu cargo, salário ou função, poderá transferir os segurados incluídos para outro plano dentre os contratados, durante a vigência desta apólice, desde que a solicitação da transferência ocorra com 30 (trinta) dias de antecedência do mês de aniversário do contrato e que o plano escolhido seja o imediatamente superior.

9.7.1.1 A transferência prevista no item anterior está limitada ao padrão de acomodação e/ou ao múltiplo de reembolso.

9.7.1.2 Não haverá livre opção de transferência para os planos Nacional Plus e Premium.

9.7.1.3. O segurado titular que se tornar elegível após 30 (trinta) dias da implantação da apólice também poderá fazer a livre opção de plano, no momento de sua adesão, e a ele se aplicam as mesmas regras definidas neste item.

9.7.2 Caso o Estipulante tenha estabelecido, no momento da contratação, planos específicos para cada categoria funcional, a transferência também poderá ocorrer quando houver promoção de categoria funcional, comprovada através do Registro de Empregados. Esta transferência deverá ser solicitada à Seguradora, pelo Estipulante, em até 30 (trinta) dias da data da promoção, respeitando ainda, a condição dos demais Segurados de igual cargo ou função.

9.7.3. Não será permitida a transferência ou o retorno de segurado para plano inferior.

10. PAGAMENTO DO PRÊMIO

10.1. O valor do prêmio a ser pago pelo seguro contratado é preestabelecido, sendo a responsabilidade pelo seu integral pagamento do Estipulante.

10.2. O vencimento das mensalidades será fixado com base no dia de quitação da primeira parcela.

10.3. As parcelas dos meses posteriores terão a data de vencimento fixada no mesmo dia dos meses subsequentes ou no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

10.4. A Seguradora não poderá fazer distinção quanto ao valor do prêmio entre os Segurados que vierem a ser incluídos no seguro e aqueles já vinculados.

10.5. O prêmio pago até a data de vencimento não sofrerá qualquer atualização.

10.6. Em caso de atraso no pagamento da mensalidade, será devido pelo Estipulante à Seguradora o valor do prêmio vencido, acrescido de multa de 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez, e juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia), calculados em base *pro rata* dia, da data do vencimento até a data do efetivo pagamento.

10.6.1. Adicionalmente, incidirá atualização monetária sobre o valor do prêmio não pago, com aplicação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (IBGE), da data do vencimento até a data do efetivo pagamento.

10.6.2. Na falta, extinção ou proibição de uso do IPCA, a atualização terá por base o Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) e, ainda, na falta, extinção ou proibição deste, outro índice oficial que vier a substituí-lo.

10.7. Será cobrado do Estipulante, pela Seguradora, um valor relativo ao custo de implantação de apólice.

10.8. A Seguradora se reserva o direito de cobrar do Estipulante as mensalidades vencidas e que não foram pagas até o prazo contratualmente previsto para o cancelamento da apólice.

10.8.1. Quando o Estipulante optar pelo cancelamento da apólice, obedecido ao disposto no item 12.2, este deverá manifestar-se expressamente perante a Seguradora. Caso haja parcela(s) vencida(s) e não paga(s), a Seguradora procederá à cobrança desse(s) prêmio(s), conforme previsto nesta cláusula.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

11.1. A vigência desse seguro será de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data definida na Proposta de Seguro, assinada pelo Estipulante. Em nenhuma

hipótese haverá cobrança da primeira mensalidade com vencimento em data anterior ao início da vigência.

11.2. Este seguro será renovado automaticamente, por tempo indeterminado, caso não haja manifestação contrária de qualquer das partes, por escrito, e com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término de sua vigência e não caberá a cobrança de taxas ou qualquer outro valor, por este motivo.

12. SUSPENSÃO E RESCISÃO DA APÓLICE DE SEGURO

12.1. SUSPENSÃO

12.1.1. O atraso no pagamento de qualquer valor contratual por período superior a 5 (cinco) dias implicará, mediante comunicação, na suspensão das coberturas contratadas até a efetiva regularização do débito, sem que caiba restituição da parcela já paga, não isentando o Estipulante do pagamento do prêmio em atraso.

12.1.1.1. O direito à cobertura será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente à regularização do pagamento do prêmio em atraso.

12.2. RESCISÃO

12.2.1. Constituem causas de rescisão motivada do contrato:

a) a fraude comprovada;

b) a decretação de falência, de liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial, em face do Estipulante;

c) o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 15 (quinze) dias, desde que o Estipulante tenha sido notificado previamente, sem prejuízo do direito da Seguradora requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias;

d) a exclusão de Segurados Titulares e/ou Dependentes, independente de motivo, que reduza o Grupo Segurável a número de vidas inferior ao mínimo exigido na Cláusula "Definições" dessas Condições Gerais para sua constituição ou à 20% (vinte por cento) do número de vidas constante da Proposta de Seguro; e

e) o descumprimento, pelo Estipulante ou pela Seguradora, de obrigações contratualmente estabelecidas

12.2.2. Antes do término dos primeiros 12 (doze) meses de vigência deste contrato, é facultado a qualquer das partes solicitar a sua rescisão, mediante comunicação escrita dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observadas as condições descritas adiante:

a) na hipótese prevista na alínea "b" do subitem anterior, sem ônus; ou

b) imotivadamente, ou se motivada pelo Estipulante por qualquer das nas hipóteses previstas nas alíneas "a", "c", "d" e "e" do subitem 12.2.1, condicionando o mesmo ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 3 (três) vezes o valor da última fatura emitida.

12.2.3.1. Após a vigência do período de 12 (doze) meses, o contrato poderá ser rescindido imotivadamente por qualquer das partes, mediante notificação por

escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus, exceto na hipótese prevista na alínea "a" do subitem 12.2.1, que dispensa a Seguradora de comunicar a rescisão com antecedência.

12.3. Rescisão do contrato de Empresário Individual

12.3.1. Constituem causas de rescisão motivada do contrato:

a) a fraude comprovada;

b) a decretação de falência, de liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial, em face do Estipulante;

c) o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 15 (quinze) dias, desde que o Estipulante tenha sido notificado previamente, sem prejuízo do direito da Seguradora requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias;

d) a exclusão de Segurados Titulares e/ou Dependentes, independente de motivo, que reduza o Grupo Segurável a número de vidas inferior ao mínimo exigido na Cláusula "Definições" dessas Condições Gerais para sua constituição ou à 20% (vinte por cento) do número de vidas constante da Proposta de Seguro; e

e) o descumprimento das obrigações contratualmente estabelecidas;

f) os casos em que não houver a comprovação descrita nas alíneas adiante:

f1) regularidade de sua inscrição ativa junto aos órgãos competentes e à Receita Federal; e

f2) da elegibilidade dos segurados dependentes, assim considerados aqueles enquadrados na definição do subitem 2.30.2, da cláusula 2. Definições, destas Condições Gerais.

12.3.2. Rescisão por solicitação do Empresário Individual

12.3.2.1. Antes do término dos primeiros 12 (doze) meses de vigência deste contrato, é facultado ao Empresário Individual solicitar a sua rescisão, mediante comunicação escrita dirigida à Seguradora, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observadas as condições descritas adiante:

a) na hipótese prevista na alínea "b" do subitem 12.3.1, sem ônus; ou

b) em qualquer outra hipótese, condicionando o mesmo ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 3 (três) vezes o valor da última fatura emitida.

12.3.2.2. Após a vigência do período de 12 (doze) meses, o contrato poderá ser rescindido pelo Empresário Individual, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus.

12.3.3. Rescisão por solicitação da Seguradora

12.3.3.1 Durante a vigência do contrato, é facultado à Seguradora solicitar a sua rescisão, mediante comunicação escrita dirigida ao Empresário Individual, com 60 (sessenta) dias de antecedência, na hipótese prevista na alínea "c", do subitem 12.3.1.

12.3.3.1.1. Quando a rescisão ocorrer em função do motivo previsto na alínea "d" do subitem 12.3.1, o Empresário Individual estará sujeito ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 3 (três) vezes o valor da última fatura emitida.

12.3.3.1.2. As hipóteses previstas nas alíneas "a" e "b", do subitem 12.3.1, dispensam a Seguradora de comunicar a rescisão com antecedência de 60 (sessenta) dias.

12.3.3.2. É facultado à Seguradora solicitar a rescisão do contrato, no seu aniversário, mediante comunicação escrita ao Empresário Individual, com antecedência de 60 (sessenta) dias:

a. nas hipóteses previstas nas alíneas "d" e "f" do subitem 12.3.1; e
b. por outros motivos que não os previstos no subitem 12.3.1, desde que devidamente informado.

12.3.4. Caso a apólice seja cancelada, por qualquer motivo, seja por rescisão ou não renovação de seu prazo de vigência, estará extinto o benefício de assistência à saúde fornecido pela Bradesco Saúde a todos os Segurados Titulares e Dependentes vinculados ao Estipulante.

12.4. Na hipótese de cancelamento da apólice com a Bradesco Saúde, caso o Estipulante contrate novo seguro saúde ou plano de assistência médico-hospitalar empresarial com outra operadora de planos de assistência à saúde, obriga-se o Estipulante a comunicar a troca de operadora a todos os Segurados Titulares e dependentes vinculados à apólice, obrigando-se ainda a garantir a transferência de todos os segurados e dependentes para a nova operadora, inclusive aqueles segurados (ativos ou inativos) que tenham obtido manutenção da cobertura do seguro saúde, por força de lei ou por determinação judicial.

12.5. Na hipótese de cancelamento da apólice com a Bradesco Saúde, caso o Estipulante não contrate novo seguro saúde ou plano de assistência médico-hospitalar empresarial com outra operadora, será facultado aos Segurados Titulares e seus dependentes, desde que inscritos até a data do cancelamento, a contratação de seguro individual ou familiar com a Bradesco Saúde, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência. Para tanto, deverão ser respeitadas as seguintes condições, cumulativamente:

a) a Bradesco Saúde esteja comercializando seguro individual ou familiar na data do cancelamento da apólice; e
b) a opção pela contratação do seguro individual ou familiar se dê em até 30 (trinta) dias do cancelamento da apólice.

12.5.1. Compete ao Estipulante informar ao Segurado que a sua opção pela contratação individual deve se dar em até 30 (trinta) dias do cancelamento do seguro.

12.6. Sem prejuízo do disposto nos itens 12.4 e 12.5., em qualquer hipótese de cancelamento da apólice ou suspensão da cobertura, seja qual for o motivo, caberá ao Estipulante:
a) assumir a responsabilidade por todos os custos decorrentes de sinistros, a partir da data de encerramento da apólice ou subfatura, bem como por penalidades ou multas, e quaisquer outras despesas havidas em decorrência de qualquer medida judicial e/ou administrativa movida contra a Bradesco Saúde, que envolva os

Segurados da apólice, obrigando-se a ressarci-la, após a comunicação da respectiva ocorrência, de todos os valores que esta venha a despender em decorrência de reclamações, seja de que natureza forem, envolvendo os Segurados, inclusive com relação a quaisquer condenações (judiciais ou administrativas), penalidades, multas, honorários, custas judiciais, juros, etc.; e

b) assumir a responsabilidade por todos os custos decorrentes de sinistros, penalidades ou multas e quaisquer outras despesas havidas em reclamações, seja de que natureza forem, intentadas por Segurados que, por determinação judicial, venham a ser mantidos na qualidade de Segurados da Bradesco Saúde, após o término de vigência da apólice, obrigando-se a ressarcir a Bradesco Saúde de todos os valores que esta venha a ser compelida a despender a este título, inclusive com relação a penalidades, multas, honorários, custas judiciais, juros, etc.

13. EXCLUSÃO DO SEGURADO

13.1. O segurado será excluído da apólice, nas seguintes situações:

a) em caso de morte;

b) em caso de o Segurado Titular deixar de pertencer ao grupo segurável definido no item 2.19, exceto se ele e seus dependentes incluídos na apólice fizerem jus à permanência no seguro, em razão do que dispõem os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, por ocasião de seu desligamento ou aposentadoria; e

c) em caso de o Segurado deixar de se enquadrar na condição de Segurado Dependente, conforme definido no item 2.30.2;

d) por inexatidão ou omissão no preenchimento do documento de inclusão, que tenha influenciado na aceitação do seguro, mediante apresentação de prova pela Seguradora e comunicação escrita ao Estipulante;

e) em caso de infrações ou fraudes comprovadas;

f) por solicitação formal do Estipulante, observada a Cláusula 20 (Bônus-Descontos); e

g) a pedido formal do Segurado Titular, na forma assegurada pela Resolução Normativa RN nº 412/2016, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e suas atualizações.

13.1.1. O segurado dependente será automaticamente excluído do seguro no caso de cancelamento do segurado titular.

14. MODALIDADES DE PAGAMENTO

14.1. Será facultado ao estipulante, mediante concordância da Seguradora, optar pelo pagamento do prêmio por Custo Médio ou por Faixa Etária, quando o seguro for contratado para 100 (cem) vidas ou mais e na modalidade de inclusão compulsória, conforme estabelecido na proposta de seguro. Na modalidade de inclusão opcional, somente prevalecerá a opção por Faixa Etária.

14.1.1. Para o seguro contratado com até 99 (noventa e nove) vidas, somente prevalecerá a opção por Faixa Etária.

14.1.2. Em ambos os casos, a opção do Estipulante estará expressamente prevista na proposta de seguro.

14.2. Custo Médio

14.2.1. Nessa modalidade, o valor total do prêmio inicial será obtido da seguinte forma:

a) multiplica-se, separadamente, o número de Segurados individuais em cada uma das faixas etárias adiante discriminadas pelo valor unitário do prêmio correspondente a cada faixa;
   - até 18 anos;
   - de 19 a 23 anos;
   - de 24 a 28 anos;
   - de 29 a 33 anos;
   - de 34 a 38 anos;
   - de 39 a 43 anos;
   - de 44 a 48 anos;
   - de 49 a 53 anos;
   - de 54 a 58 anos;
   - de 59 anos em diante;

b) soma-se o resultado dessa multiplicação e obtém-se o valor total do prêmio; e

c) divide-se o valor total apurado, pelo número de Segurados individuais e obtém-se o valor do custo médio.

14.3. Custo por Faixa Etária

14.3.1. O valor do prêmio inicial do seguro será diretamente proporcional à idade dos Segurados incluídos na apólice.

14.3.2. Ao longo da vigência do seguro, esse valor estará sujeito a reajuste, por mudança de faixa etária de cada Segurado incluído na apólice, que incidirá sobre o valor do prêmio imediatamente anterior, de acordo com os percentuais da tabela a seguir:

Da Faixa Etária	Para a Faixa Etária	Reajuste Percentual
Até 18 anos	De 19 a 23 anos	18,00%
De 19 a 23 anos	De 24 a 28 anos	21,00%
De 24 a 28 anos	De 29 a 33 anos	20,00%
De 29 a 33 anos	De 34 a 38 anos	14,00%
De 34 a 38 anos	De 39 a 43 anos	3,00%
De 39 a 43 anos	De 44 a 48 anos	21,75%
De 44 a 48 anos	De 49 a 53 anos	17,62%
De 49 a 53 anos	De 54 a 58 anos	19,00%
De 54 a 58 anos	De 59 anos em diante	75,00%

14.3.3. O acréscimo referente ao reajuste incidirá no mês seguinte àquele em que ocorrer o ingresso do Segurado na idade prevista na faixa etária imediatamente superior, ficando assegurado que:

a) o valor da última faixa etária não será superior a seis vezes o valor da faixa inicial; e

b) a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não será superior à variação

acumulada entre a primeira e a sétima faixas etária.

14.3.4. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste anual.

15. DA APURAÇÃO DO PERCENTUAL ÚNICO DE REAJUSTE

Independente da aplicação do reajuste por mudança de faixa etária, na forma do disposto na Cláusula 14 (Modalidade de Pagamento), haverá aplicação de percentual único de reajuste do prêmio que será apurado de acordo com o enquadramento da apólice nas faixas de vidas seguradas dispostas nos itens 15.1 e 15.2 adiante.

Para fins desse enquadramento, será considerado o último mês do período de apuração do índice por sinistralidade. Exceção será feita às apólices com até 29 (vinte e nove) vidas seguradas, cujo enquadramento respeitará o disposto no subitem 15.1.2.

O percentual único de reajuste não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses.

15.1. Para as apólices que possuam até 29 (vinte e nove) vidas seguradas, deverão ser obedecidas às condições a seguir:

15.1.1. Todas as apólices coletivas da Operadora que estejam na faixa de até 29 (vinte e nove) Segurados, em atendimento à Resolução Normativa - RN nº 309, de 24/10/12, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), receberão, anualmente, a aplicação de um percentual único de reajuste do prêmio mensal, o qual será calculado na forma dos subitens 15.1.2 e 15.1.3 adiante.

15.1.2. Para fins do enquadramento de uma apólice na faixa de até 29 (vinte e nove) vidas seguradas, será considerada:

a) a quantidade de Segurados **na data do aniversário da apólice no ano anterior à aplicação do reajuste**; ou
b) no caso de apólice recém-contratada, a quantidade de Segurados **na data do 1º (primeiro) faturamento daquela apólice, que corresponde à quantidade de Segurados no momento da contratação**.

15.1.2.1. O período de aplicação do percentual único de reajuste do prêmio, nos casos de apólices com até 29 (vinte e nove) vidas seguradas, corresponderá ao período de maio, do ano de divulgação do percentual, a abril do ano subsequente.

15.1.2.2. O percentual único de reajuste do prêmio será divulgado até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano e mantido na página da Bradesco Saúde, na internet. Além disso, o referido percentual será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nos termos da regulamentação em vigor.

15.1.3. O percentual único de reajuste do prêmio será limitado ao produto obtido da multiplicação do índice financeiro do prêmio pelo índice de sinistralidade, apurados na forma descrita nos subitens 15.1.3.1 e 15.1.3.2 a seguir. O valor do percentual único de reajuste das apólices que integrem o agrupamento deverá ser único, não sendo admitido qualquer tipo de variação.

15.1.3.1. ÍNDICE FINANCEIRO DO PRÊMIO - aplicável às apólices com até 29 (vinte e nove) vidas seguradas

15.1.3.1.1. O índice financeiro do prêmio terá por base:

a) a variação dos custos médicos e hospitalares, calculados utilizando a metodologia prevista no anexo IV da Resolução Normativa - RN nº 74 da ANS; e

b) o impacto decorrente da alteração de valores ou da inclusão de eventos e procedimentos de saúde que vierem a ser incorporados aos contratos.

15.1.3.1.2. Todas as apólices coletivas da Operadora que estejam na faixa de até 29 (vinte e nove) vidas seguradas terão seu índice financeiro calculado de forma separada do restante da carteira.

15.1.3.1.3. A Seguradora poderá alterar a quantidade de CRS-DM e de CRS-DH de determinados procedimentos, visando mantê-los compatíveis com os valores praticados no mercado.

15.1.3.1.3.1. O valor do CRS será reajustado obedecendo aos parâmetros aplicados ao reajuste das tabelas de honorários, procedimentos e serviços, praticados com os prestadores referenciados, respeitado ao disposto no item 8.1. da Cláusula 8 (Modalidades de Atendimento).

15.1.3.2. ÍNDICE DE SINISTRALIDADE - aplicável às apólices com até 29 (vinte e nove) vidas seguradas

15.1.3.2.1. Para o cálculo do índice de sinistralidade, serão considerados os valores de sinistros e prêmios pagos das apólices coletivas objeto do agrupamento, nos termos da fórmula a seguir:

$$I = \frac{SG}{0{,}65 x PP}$$

Em que:
I = índice de reajuste para o prêmio vigente;
SG = soma dos sinistros, no período de apuração, referentes às apólices do agrupamento, substituindo-se os dados dos 3 (três) primeiros meses de vigência de cada apólice, caso aplicável, pela multiplicação do sinistro per capita mensal dos demais contratos pelo respectivo número de segurados de cada apólice; e
PP = soma dos prêmios pagos do período de apuração referentes às apólices do agrupamento.

15.1.3.2.2. Na apuração dos prêmios pagos, serão descontados os impostos incidentes sobre o valor cobrado.

15.1.3.2.3. Sempre que o índice de reajuste para o prêmio vigente, obtido pela fórmula descrita no subitem 15.1.3.2.1, resultar em número inferior a 1 (um), será considerado o índice como igual a 1 (um).

15.1.3.2.4. O período de apuração considerado na fórmula prevista neste item corresponderá ao período entre março de um determinado ano e fevereiro do ano subsequente.

15.2. Para as apólices que possuam 30 (trinta) vidas seguradas ou mais, e não se

enquadrem no item 15.1, o cálculo do percentual único de reajuste do prêmio será limitado ao produto obtido da multiplicação do índice financeiro do prêmio, apurado na forma do subitem 15.2.1, pelo índice de sinistralidade, apurado na forma descrita nos subitens 15.2.2.1, 15.2.2.2 e 15.2.2.3.

15.2.1. ÍNDICE FINANCEIRO DO PRÊMIO - aplicável às apólices com 30 (trinta) ou mais vidas seguradas

15.2.1.1. O índice financeiro do prêmio terá por base:

a) a variação dos custos médicos e hospitalares da carteira, calculados utilizando a metodologia prevista no anexo IV da Resolução Normativa - RN nº 74 da ANS; e

b) o impacto decorrente da alteração de valores ou da inclusão de eventos e procedimentos de saúde que vierem a ser incorporados aos contratos.

15.2.1.1.1. A Seguradora poderá alterar a quantidade de CRS-DM e de CRS-DH de determinados procedimentos, visando mantê-los compatíveis com os valores praticados no mercado.

15.2.1.1.1.1. O valor do CRS será reajustado obedecendo aos parâmetros aplicados ao reajuste das tabelas de honorários, procedimentos e serviços, praticados com os prestadores referenciados, respeitado o disposto no item 8.1. da Cláusula 8 (Modalidades de Atendimento).

15.2.2. ÍNDICE DE SINISTRALIDADE - aplicável às apólices que possuam mais de 30 (trinta) vidas seguradas

15.2.2.1. Para as apólices que possuam entre 30 (trinta) e 199 (cento e noventa e nove) vidas seguradas, deverão ser obedecidas as condições a seguir:

15.2.2.1.1. O reajuste considerará os valores de sinistros e prêmios pagos das apólices coletivas empresariais que possuam entre 30 (trinta) e 199 (cento e noventa e nove) vidas seguradas.

15.2.2.1.2. Somente integrarão a base do cálculo do reajuste por sinistralidade as apólices que tiverem mais de 5 (cinco) meses de vigência.

15.2.2.1.3. Na 1ª (primeira) reavaliação, serão ignorados os sinistros e os prêmios pagos dos 2 (dois) primeiros meses. Sendo assim, o período apurado compreenderá do 3º (terceiro) ao 10º (décimo) meses de vigência da apólice, com aplicação do resultado no faturamento do 13º (décimo terceiro) mês de vigência da apólice, que corresponde ao mês de seu aniversário.

15.2.2.1.4. As reavaliações subsequentes à do primeiro período serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao do último período reavaliado. A aplicação do reajuste ocorrerá sempre no aniversário da apólice, relativo à sua data-base.

15.2.2.1.5. Na apuração dos prêmios pagos serão descontados os impostos incidentes sobre o valor cobrado.

15.2.2.1.6. Para o cálculo do índice de correção do prêmio, será utilizada a fórmula a seguir:

$$I = \frac{SG}{YxPP}$$

Onde:
I = índice de correção para o prêmio vigente;
SG = soma dos sinistros, relativos ao período de apuração, das apólices com características semelhantes à apólice reavaliada;
PP = soma dos prêmios pagos, relativos ao período de apuração, das apólices com características semelhantes à apólice reavaliada; e
Y = fator variável constante da proposta de seguro.

15.2.2.1.6.1. Sempre que o índice de reajuste para o prêmio vigente, obtido pela fórmula descrita no subitem 15.2.2.1.6, resultar em número inferior a 1 (um), será considerado o índice como igual a 1 (um).

16. INCIDÊNCIA DO PERCENTUAL ÚNICO DE REAJUSTE

16.1. A periodicidade do reajuste do prêmio é anual, incidindo no aniversário da apólice, relativo à sua data-base, salvo quando vigorar prazo diverso estabelecido em legislação aplicável.

16.2. O percentual único de reajuste anual do prêmio será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, conforme previsto na legislação em vigor.

17. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

17.1. Autorização Prévia

17.1.1. Somente necessitarão de prévia autorização para a realização na rede referenciada, os procedimentos considerados especiais não listados abaixo e as internações de qualquer natureza:

a) **hemoterapia;**
b) **nutrição parenteral ou enteral;**
c) **exames pré-anestésicos ou pré-cirurgicos; e**
d) **acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, exceto fornecimento de medicação de manutenção.**

17.1.2. Em se tratando de internação hospitalar em instituição referenciada, a Seguradora poderá pagar as despesas decorrentes de eventos cobertos, diretamente ao hospital e aos profissionais que estiverem referenciados no período de atendimento, se a internação for autorizada através dos meios de comunicação disponíveis, e desde que fique perfeitamente caracterizada a cobertura do evento no momento da solicitação de autorização do procedimento.

17.1.3. Será necessária justificativa do médico assistente sempre que houver,

durante a internação:

a) atuação de especialista;

b) atuação de mais de um médico por especialidade; e

c) mais de uma visita de médico de uma mesma especialidade, por dia de internação.

17.1.4. No caso de haver indicação para internação cirúrgica eletiva, a Seguradora poderá solicitar ao Segurado que compareça a um dos centros de referência, para avaliação quanto às condições de sua realização. A autorização para internação clínica ou cirúrgica eletiva deverá ser solicitada à Seguradora com a antecedência acordada com o estabelecimento hospitalar, se o Segurado optar pelo atendimento na rede referenciada.

17.1.5. Em nenhuma hipótese será negada autorização para realização de procedimento exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer à rede referenciada.

17.1.6. Nos casos relativos à urgência e emergência não haverá necessidade de prévia autorização da Seguradora.

17.2. Perícia Médica

17.2.1. A Seguradora poderá utilizar-se de médico avaliador, disponibilizando seu atendimento no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, conforme inciso IV do art. 4º da Resolução CONSU nº 08.

17.3. Alteração na Rede Hospitalar

17.3.1. A inclusão dos profissionais na rede referenciada estará sujeita à concordância do prestador e à análise e aceitação da Seguradora.

17.3.2. Quanto à exclusão ou substituição dos profissionais médicos, das instituições e entidades hospitalares que compõem a rede referenciada, estas poderão ser efetuadas a pedido do prestador ou por iniciativa da Seguradora.

17.3.2.1. No caso das entidades hospitalares, adicionalmente, deverão ser observadas as condições adiante:

a) No caso de substituição de prestador da rede hospitalar, esta poderá ser realizada desde que por outro prestador equivalente, e mediante comunicação prévia à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

b) No que se referir ao redimensionamento da rede hospitalar, em razão de redução, esta somente poderá ocorrer mediante prévia autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

17.3.2.2. Quando da substituição/exclusão, o Estipulante será comunicado com 30 (trinta) dias de antecedência, ficando garantidos a permanência do Segurado e o pagamento das despesas até a alta hospitalar quando esta substituição/exclusão ocorrer durante o período de sua internação. Se a rescisão decorrer de fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, no período de internação de

Segurado, fica garantida a sua imediata remoção para outro estabelecimento equivalente, conforme previsto no art. 17 da Lei n° 9.656/98.

17.4. Divergências de Natureza Médica

17.4.1. É garantido ao Segurado, em situações de divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto, que eventual impasse seja dirimido por junta médica, na forma estabelecida na regulamentação aplicável, em vigor à época do evento.

18. CUSTEIO DO SEGURO

O custeio do seguro poderá ser efetuado com ou sem a contribuição do Segurado no pagamento do prêmio, de acordo com as condições discriminadas a seguir.

18.1. Segurado Não Contributário

É aquele que não contribui financeiramente, de forma fixa, para o prêmio do seguro, em decorrência de vínculo empregatício com o Estipulante, sendo este último responsável pelo integral pagamento do prêmio à Seguradora. O Segurado também não é considerado contributário quando houver a sua coparticipação única e exclusivamente, no valor do procedimento, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar, bem como quando custear somente o prêmio de seus dependentes.

18.2. Segurado Contributário

18.2.1. É aquele que contribui financeiramente para o prêmio do seguro através das seguintes modalidades:

a) pagando a integralidade ou parte do prêmio mensal relativo à sua participação, inclusive com desconto em folha de pagamento; e/ou
b) pagando a parcela do prêmio mensal, referente à diferença do prêmio integralmente pago pelo Estipulante para o Padrão de Seguro concedido por ele ao grupo segurável e o Padrão de Seguro superior (*upgrade*) que o Segurado Titular tenha optado para sua participação.

18.2.1.1. Não faz jus ao benefício previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 o beneficiário demissionário, o estagiário, o trabalhador temporário após o fim do contrato, e o administrador ao fim de mandato, na forma da referida lei.

18.2.2. Ao Segurado contributário aposentado cujo vínculo empregatício tenha sido de no mínimo, 10 (dez) anos, é assegurado pelo Estipulante o direito de manutenção como Beneficiário na apólice coletiva, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto ao Estipulante o pagamento integral dos prêmios.

18.2.2.1. O Segurado que tenha sido contributário por período inferior a 10 (dez) anos terá assegurado, ao se aposentar, o direito de se manter como Beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral dos prêmios.

18.2.2.2. Na forma desta cláusula, consideram-se mesmas condições de cobertura assistencial a segmentação, cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em

internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano contratado para os empregados ativos.

18.2.2.3. Ao segurado contributário aposentado que continuar exercendo suas atividades profissionais junto ao Estipulante e que venha a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário conforme previsto nos subitens 18.2.2 e 18.2.2.1, desde que manifeste sua opção pela permanência no seguro no momento em que se desligar do Estipulante.

18.2.2.3.1. O direito de manutenção assegurado no subitem 18.2.2.3 é garantido aos Segurados Dependentes inscritos no seguro-saúde, caso o Segurado Titular venha a falecer antes do exercício do previsto nos subitens 18.2.2 e 18.2.2.1.

18.2.3. Ao Segurado contributário, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, é assegurada pelo Estipulante a manutenção de sua condição de beneficiário, no seguro contratado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto ao Estipulante o pagamento integral dos prêmios.

18.2.3.1. O período de manutenção da condição de Beneficiário será de 1/3 (um terço) do tempo de sua permanência como Segurado contributário em plano ou seguro de assistência médico-hospitalar, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

18.2.4. O direito assegurado nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos Segurados, decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

18.2.5. O Estipulante deverá considerar para cômputo do período de contribuição de seus ex-empregados, os pagamentos ocorridos a qualquer tempo, ainda que não esteja ocorrendo contribuição no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, nos termos do § 2º do art. 6º da RN nº 279/11.

18.2.5.1. Adicionalmente, serão consideradas as contribuições ocorridas em planos contratados pelo Estipulante sucessivamente com mais de uma operadora, desde que a sucessão contratual tenha se dado em contratos celebrados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

18.2.5.2. A contribuição do Segurado no pagamento dos prêmios de seguros oferecidos sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício com empresas que foram submetidas a processos de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada, para fins de aplicação dos direitos previstos nesta Cláusula, como contribuição para um único plano, ainda que ocorra a rescisão do contrato de trabalho.

18.2.6. O Estipulante é responsável por:

a) comunicar a exclusão do Segurado à Seguradora, informando se esta se deu por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, destacando, ainda, se o Segurado se enquadra no disposto no subitem 18.2.2.3.;

b) informar à Seguradora se o Segurado faz jus à permanência no seguro-saúde, em função do previsto nos subitens 18.2.2. e 18.2.3.;

c) efetuar o controle do tempo de contribuição de seus Beneficiários, informando-o à Seguradora, para fins do cálculo do tempo de permanência no seguro em virtude dos art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98; e

d) informar se o Beneficiário optou por sua permanência no seguro, entregando os documentos comprobatórios dessa opção à Seguradora.

18.2.6.1. O Estipulante é exclusivamente responsável e deverá ressarcir à Seguradora por eventuais penalidades que esta seja submetida em razão de medidas judiciais e/ou administrativas promovidas por ex-empregados que aleguem prejuízo a seus direitos relativos aos art. 30 ou 31 da Lei nº 9.656/98 em consequência de informações incorretas prestadas à Seguradora pelo Estipulante.

18.2.6.1.1. O Estipulante obriga-se a custear todos os valores despendidos pela Seguradora com serviços advocatícios e custas processuais para defesa nas demandas judiciais ou extrajudiciais propostas por ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados que venham a questionar os valores de prêmios ou reajustes. O Estipulante se obriga a efetuar o pagamento da diferença entre o prêmio estabelecido no contrato de seguro e o valor definido por decisão judicial, ainda que não definitiva. O estipulante obriga-se, ainda, a reembolsar à Seguradora todos os demais valores que eventualmente venha desembolsar em razão de tais demandas, autorizando a Seguradora a efetuar a cobrança dos valores correspondentes nas suas faturas.

18.2.6.2. Na hipótese de o Segurado fazer jus ao benefício previsto nos subitens 18.2.2 e 18.2.3, será de responsabilidade do Estipulante a comunicação expressa e inequívoca ao exonerado, demitido ou aposentado, no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, do seu direito à permanência no seguro, informando-o ainda do prazo de 30 (trinta) dias para sua manifestação formal, caso opte pela sua permanência no seguro-saúde.

18.2.6.2.1. O prazo de 30 (trinta) dias somente se inicia a partir da comunicação inequívoca de que trata o subitem 18.2.6.2, inclusive aos dependentes do aposentado que continuou trabalhando na forma do subitem 18.2.2.3.1.

18.2.6.3. A exclusão do ex-empregado que fizer jus ao benefício previsto nos subitens 18.2.2 e 18.2.3, somente será aceita pela Seguradora mediante comprovação de que o mesmo foi comunicado da opção de manutenção de sua condição de beneficiário na forma prevista nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, devendo o Estipulante manter-se responsável pelo custeio de sua permanência no seguro.

18.2.7. A manutenção de que trata esta cláusula é extensiva a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, conforme opção do Segurado, que poderá manter-se individualmente ou com parte de seu grupo familiar, sendo certo que somente novo cônjuge e filhos poderão ser incluídos no decurso de sua permanência, conforme prazo e condições estabelecidos no contrato.

18.2.7.1. Durante o período de manutenção da condição de Beneficiário garantida pelos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, o Segurado também poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra operadora, nos termos da legislação em vigor.

18.2.7.2. Em caso de morte do Titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo seguro, nos termos do disposto nesta Cláusula.

18.2.8. Os Segurados demitidos e os aposentados que optarem por exercer seus direitos,

conforme definido nesta cláusula, continuarão vinculados à apólice mantida pelo Estipulante, que será responsável pelo recolhimento à Seguradora do prêmio correspondente em sua integralidade, sendo mantidos no mesmo plano em que se encontravam quando da vigência do contrato de trabalho.

18.2.9. Os valores do custo médio (preço único), bem como a tabela com os custos por faixa etária que lhe deu origem, constam da Proposta de Seguro e serão disponibilizados pela Seguradora, por intermédio do Estipulante, em atendimento ao art. 15 da Resolução Normativa RN nº 279/11. Serão atualizados na periodicidade prevista na Cláusula 16 (Incidência do Reajuste do Prêmio), sendo de responsabilidade do Estipulante apresentá-los aos Beneficiários, inclusive àqueles recém-admitidos, no momento em que forem cadastrados na apólice de seguro-saúde.

18.2.9.1. O valor do Custo Médio é obtido pela média ponderada dos preços por Faixa Etária e da distribuição etária do grupo segurado, na forma do disposto na Cláusula 14 (Modalidades de Pagamento), caracterizando, assim, o mutualismo entre os empregados ativos e inativos, de acordo com o artigo 15 da RN nº 279/2011. Seus valores serão reajustados periodicamente, respeitado o previsto na legislação em vigor.

18.2.9.1.1. É de responsabilidade do Estipulante explicitar o mutualismo de que trata o subitem 18.2.9.2, quanto à modalidade de cobrança do prêmio mensal, nos termos do § 2º do art. 16, da RN nº 279/11, bem como informar o critério para a determinação do preço na eventualidade de sua participação no pagamento do prêmio mensal do seguro. Para tanto, poderá utilizar as informações disponibilizadas pela Seguradora, conforme subitem 18.2.9.

18.2.9.2. Para efeito da reavaliação do prêmio, serão considerados os sinistros e os prêmios de todos os Segurados, sejam eles ativos, aposentados ou ex-empregados demitidos sem justa causa.

18.2.9.3. O prêmio dos Segurados aposentados e dos demitidos sem justa causa será reajustado no mesmo mês em que ocorrer reajuste no prêmio do seguro dos Segurados ativos e no mesmo percentual.

18.2.10. A exclusão da apólice, dos aposentados e dos empregados demitidos sem justa causa que exercerem seus direitos de permanência no seguro ocorrerá pelo decurso do prazo do benefício previsto nos art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 ou antes disso, caso ocorra uma das seguintes hipóteses:

a) se o ex-empregado (demitido ou aposentado) for admitido em novo emprego, considerando-se como tal o estabelecimento de novo vínculo profissional que possibilite seu ingresso em plano coletivo empresarial, coletivo por adesão ou autogestão;

b) se o ex-empregado (demitido ou aposentado) deixar de pagar o prêmio por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, a cada ano de vigência do seguro; ou

c) por inexatidão ou omissão no preenchimento do documento de inclusão, que tenha influenciado na aceitação do seguro, mediante apresentação de prova pela Seguradora e comunicação escrita ao Estipulante;

d) em caso de infrações ou fraudes comprovadas;

e) por solicitação formal do segurado ao estipulante, mediante comunicação deste à Seguradora; ou
f) se a apólice de seguro for cancelada.

18.2.10.1. Em caso de cancelamento do grupo de empregados ativos, o grupo dos inativos e/ou exonerados, se houver, também será automaticamente cancelado.

19. RESPONSABILIDADES DO ESTIPULANTE

19.1 O Estipulante se compromete a encaminhar aos Segurados os seguintes documentos, entregues pela Seguradora:
a) Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde;
b) Cartão de Identificação do Segurado Titular e Guia de Leitura Contratual; e
c) cópia das Condições Gerais do seguro contratado, sempre que solicitado pelo Segurado Titular, que conterá, no mínimo, os temas que compõem o Guia de Leitura Contratual, cujas informações se restrinjam ao plano ao qual o Segurado está vinculado.

19.1.1. O Manual de que trata a alínea "a" do item anterior e o Guia de Leitura Contratual poderão ser entregues pelo Estipulante em material impresso ou mídia digital, à escolha do Segurado Titular. Serão disponibilizados pela Seguradora e devem ser seguidos em sua íntegra incluindo a fonte e o tamanho da letra a ser utilizado (*Times New Roman*, corpo 12, espaçamento simples).

19.2. Será de responsabilidade do Estipulante, além de outras estabelecidas nestas Condições Gerais e na legislação:
a) controlar, exigir e comprovar os requisitos de elegibilidade dos Segurados nos termos destas Condições Gerais;
b) prestar todas as informações solicitadas pela Seguradora, quanto aos dados cadastrais dos Segurados inscritos nesta apólice, sejam titulares ou dependentes, bem como fornecer cópia de documentos necessários à comprovação dos dados informados para fins de cumprimento ao disposto na Lei nº 9.613, de 03.03.1998, que dispõe sobre a "lavagem de dinheiro" mantendo estas informações sempre completas e atualizadas, informando quaisquer alterações ocorridas;
c) solicitar a exclusão de Segurados e suspensão da cobertura;
d) cobrar e receber qualquer importância em face dos Segurados, a todo e qualquer título; e
e) encaminhar ao Segurado e receber por parte deste, bem como enviar tempestivamente, à Seguradora, o formulário a ser preenchido pelo segurado, para que seja apresentada no prazo devido, a impugnação contra pedido de ressarcimento ao SUS.

19.3. Independentemente de manifestação do Estipulante, a Seguradora poderá promover a exclusão de Segurados ou suspensão de cobertura, em consonância com os dispositivos contratuais, nas seguintes situações:

a) fraude;
b) perda do vínculo do Segurado Titular conforme previsto no contrato, ressalvado o direito à permanência assegurado nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e suas regulamentações; ou
c) perda do enquadramento na condição de dependente, conforme previsto nas Condições Gerais.

19.4. É obrigação do Estipulante, no caso de exclusão de Segurados ou cancelamento da apólice, recolher e inutilizar o cartão de identificação fornecido pela Seguradora. Havendo qualquer evento associado a essa via do cartão de identificação, o Estipulante autoriza, desde já, a Seguradora a debitar em sua fatura e/ou recibo de cobrança o valor correspondente ao serviço prestado em tal caso.

19.5. Ocorrendo a perda ou o extravio do Cartão de Identificação, o Estipulante obriga-se a comunicar, de imediato, o fato à Seguradora, por escrito, sendo responsável perante esta por qualquer evento associado aquela via do cartão de identificação e lhe será cobrada uma taxa correspondente à emissão da 2ª via, conforme previsto na Proposta de Seguro.

20. BÔNUS - DESCONTOS

20.1. Quando da apresentação da Proposta do Seguro será oferecida ao Estipulante a opção por incluir no seguro toda a população a ele delimitada e vinculada (inclusão compulsória), por relação empregatícia ou estatutária, bem como os seus dependentes. Esta opção implicará em desconto da ordem de 30% (trinta por cento) sobre o prêmio do seguro, sendo especificada no contrato a condição de inscrição de toda a população, assim definida na Proposta.

20.1.1. Após o início de vigência do seguro, e a qualquer tempo, o referido desconto deixará de incidir sobre o prêmio do seguro a partir do faturamento do mês subsequente à ocorrência, nas seguintes situações:
a) se o Estipulante deixar de incluir pessoa(s) elegível(is) ao seguro-saúde, conforme previsto na Cláusula Condições de Aceitação e Admissão ou ratificado na proposta; e
b) se o Estipulante ou o segurado titular solicitarem a exclusão de pessoa(s) elegível(is) à manutenção da condição de Segurado, titular ou dependente.

20.2. No caso de modalidade de inclusão opcional do grupo elegível (inclusão não compulsória), a Seguradora poderá oferecer um desconto sobre o valor do prêmio, em razão do quantitativo do grupo segurado. Caso este bônus seja oferecido, constará da proposta de seguro que indicará o percentual de desconto aplicado e o numero mínimo de vidas para sua aplicação.

20.2.1. Caso o número mínimo de vidas da apólice se torne inferior ao limite estabelecido na proposta, o desconto deixará de incidir sobre o prêmio do seguro a partir do faturamento do mês subsequente à ocorrência.

21. DISPOSIÇÕES GERAIS

21.1. O Estipulante e o proponente a Segurado assumem a responsabilidade por todas as informações prestadas na proposta e nos documentos de inclusão, sob risco de rescisão do contrato ou exclusão do segurado e de seu grupo familiar, se houver, do seguro.

21.2. A Seguradora poderá solicitar, a qualquer momento, a apresentação de documentação que permita a comprovação de vínculo contratualmente estabelecido, bem como se houve alteração do grupo segurável**.**

21.3. A não prestação das informações corretas das exclusões, inclusões e alterações de Segurados, ou quaisquer outras de responsabilidade do Estipulante sob o contrato, desonera completamente a Seguradora de quaisquer ônus delas decorrentes, arcando o Estipulante, integralmente, com os custos e despesas eventualmente havidos pela Seguradora por conta das mesmas.

21.4. O Estipulante deverá fornecer as informações e os dados necessários ao início de vigência da apólice no layout indicado pela Seguradora, com o prazo de antecedência de 30 (trinta) dias da data de início de vigência da apólice, para que os Cartões de Identificação dos Segurados possam ser emitidos e entregues até a referida data.

21.5. A Seguradora mediante expressa autorização do Segurado/paciente, poderá consultar entidades de direito público e privado, pessoas físicas e jurídicas, com o objetivo de obter informações relacionadas com a saúde dos Segurados.

21.6. O material explicativo intitulado Manual do Segurado, fornecido pela Seguradora ao Estipulante para distribuição aos Segurados Titulares incluídos no grupo segurável, contém esclarecimentos sobre providências que devem ser tomadas em caso de necessidade de recorrer às coberturas deste seguro, inclusive no que se refere à rotina para obtenção de autorização (senha) para a realização de procedimentos que necessitam de autorização prévia. No que diz respeito a direitos e obrigações relacionados no Manual do Segurado, prevalecem as disposições constantes destas Condições Gerais.

21.7. A não execução imediata de qualquer dos direitos previstos nestas Condições Gerais, por qualquer das partes, não será entendida como transação, novação e/ou renúncia de direitos, mas apenas e tão somente como ato de tolerância.

21.8. As informações de natureza médica a que a Seguradora venha a ter acesso, em razão da assistência médico-hospitalar prestada por médicos, hospitais, clínicas e laboratórios aos Segurados cobertos pela apólice contratada, ficarão sob a égide da legislação concernente ao sigilo médico, e o fluxo dessas informações observará, ainda, a forma prevista na legislação em vigor**.**

21.9. Integram o presente contrato os seguintes documentos:

a) Proposta de Seguro;

b) Declaração de Saúde, se houver;
c) Tabela de Reembolso;
d) Manual do Segurado;
e) Guia de Leitura Contratual;
f) outros documentos entregues ao Segurado relativos ao seu plano de seguro saúde.

21.9.1. Considerando que os documentos mencionados neste item podem não conter a integralidade, limites e condições contratuais, em caso de divergência de redação, prevalecerá o disposto nestas Condições Gerais.

22. ELEIÇÃO DE FORO

22.1. As partes elegem o foro do domicílio do Estipulante, em caso de litígio judicial.

Rio de Janeiro, __ de _____ de 20__.

Manoel Antonio Peres
Diretor Presidente
Bradesco Saúde S.A.

Flávio Bitter
Diretor Gerente
Bradesco Saúde S.A.

_____
ASSINATURA DO ESTIPULANTE SOB CARIMBO

Em caso de dúvidas referentes ao seguro contratado, entre em contato com a Central de Relacionamento com o Cliente pelos telefones:
- Rede Referenciada Perfil: 4004-2790/2791 para Capitais e Região Metropolitana 0800 701 2790/2791 para as Demais Localidades.
- Demais Redes Referenciadas: 4004 2700 para Capitais e Região Metropolitana e 0800 701 2700 para as Demais Localidades.
Para elogios, sugestões ou reclamações, ligue para o SAC pelo telefone 0800 727 9966. A Bradesco Saúde disponibiliza ainda uma Central de Atendimento ao Deficiente Auditivo ou de Fala pelo telefone 0800 701 2708.
Ouvidoria: 0800 701 7000.

Remissão por Morte do Segurado Titular

Condições

1. Esta cobertura garante, sem pagamento de prêmio, a permanência no seguro, por 2 (dois) anos, ou pelo prazo negociado entre as partes e previsto na proposta de seguro, das seguintes pessoas, desde que estejam inscritas como segurado dependente no seguro-saúde, à época do óbito do segurado titular:
a) cônjuge;
b) companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
c) filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados) com até 17 (dezessete) anos, 11 (onze) meses e 29 (dias);
d) filhos inválidos de qualquer idade, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da declaração do Imposto de Renda do segurado titular.

2. Esta cobertura será concedida desde que:
a) o falecimento do Segurado Titular tenha decorrido de evento passível de cobertura pelo seguro;
b) a cobertura do seguro-saúde não esteja suspensa por motivo de atraso no pagamento de algum prêmio;
c) o vínculo previsto no subitem 2.30.1 das Condições Gerais esteja mantido com o Estipulante na data do falecimento, e que possa ser comprovado.

3. O benefício da remissão não implicará dispensa dos prazos de carência que estejam sendo cumpridos pelos Segurados.

4. O Segurado dependente que atender aos requisitos da Cláusula 1 perderá o benefício da remissão nas seguintes situações:
a) quando o beneficiário atingir a idade de 18 anos, desde que não seja filho inválido, assim considerado aquele elegível para efeito da declaração de Imposto de Renda do segurado titular, ainda que isto ocorra durante o período de gozo da remissão;
b) após o decurso do período de remissão; ou
c) se verificada a ocorrência de qualquer das situações previstas na Cláusula 12 (Cancelamento da Apólice de Seguro) das Condições Gerais, ainda que ocorra durante o período de gozo da remissão.

5. Não terão direito à cobertura especial de remissão os segurados dependentes que, apesar de se enquadrarem na condição definida na Cláusula 1, tenham sido incluídos na apólice nos 12 (doze) meses anteriores ao falecimento do Segurado Titular, salvo se:
a) a morte do segurado titular tiver decorrido de acidente pessoal;
b) o segurado dependente, que seja o filho do titular falecido, tenha nascido ou sido efetivamente adotado nesses 12 (doze) meses ou após a data de seu óbito;
c) cônjuge comprovadamente elegível nesse período e incluído no seguro no prazo previsto na alínea "a" do item 9.4 das Condições Gerais.

6. Enquanto perdurar o benefício da remissão, não serão admitidas alterações na apólice do grupo segurado remido.

7. Esta cobertura é concedida a Segurados titulares de qualquer padrão de seguro contratado, sem acréscimo no valor do prêmio.

8. Se tiver ocorrido aumento no padrão de seguro nos 12 (doze) meses anteriores à morte do titular, a utilização do seguro, durante o período de remissão, será indenizada ou reembolsada com base nos níveis de coberturas anteriores ao referido aumento, a não ser que o falecimento tenha decorrido de acidente pessoal.

SEGURO VIAGEM BRADESCO

1. OBJETIVO

1.1. Os clientes da Bradesco Saude titulares dos planos que ofereçam acomodação em enfermaria (quarto coletivo) ou quarto individual, nos planos denominados: **Nacional e Nacional Plus,** residentes e domiciliados no Brasil, quando em viagem no Brasil ou no exterior com duração inferior a 90 (noventa) dias e com distância superior a 100 km da sua residência permanente, contam com a proteção e segurança do Seguro Viagem Bradesco.

1.2. Consideram-se Segurados o titular de Apólice de Seguro Saúde e respectivos dependentes incluídos na apólice (independentemente da idade e/ou condições de saúde), observadas as condições descritas no item "Segurados", destas Condições Gerais ou seus aditamentos.

Atenção: O seguro viagem não é seguro saúde! Leia atentamente as condições contratuais do seguro, observando os seus direitos e obrigações, bem como o limite do capital segurado contratado para cada cobertura.

2. SEGURADORA

2.1 O Seguro Viagem Bradesco é garantido pela Bradesco Vida e Previdência S.A., com sede na Cidade de Deus, s/no, CEP: 06029-900 – Osasco – SP, inscrita no CNPJ sob o no 51.990.695/0001-37, contratada pela **Bradesco Saúde S.A**., doravante denominada e na condição de SEGURADORA autorizada a operar Seguro de Pessoas no Brasil, conforme exigência da SUSEP, através da Resolução CNSP nº 315/2014, em seu artigo 22, e em vigor desde 26/03/2016, para coberturas do **"Seguro Viagem Bradesco"**.

2.2. O prêmio do Seguro é de inteira responsabilidade da Bradesco Saúde, na qualidade de ESTIPULANTE da apólice contratada junto a Bradesco Vida e Previdência S.A.

3. COBERTURAS E CAPITAIS SEGURADOS DO SEGURO VIAGEM BRADESCO

3.1 Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas – Viagem ao Exterior – Garante ao Segurado o reembolso, até o limite de R$ 10.000,00 (dez mil reais), das despesas médicas, hospitalares e odontológicas devidamente comprovadas pelo Segurado, para seu tratamento sob orientação médica, ocasionado por Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda e iniciados nos primeiros 30 (trinta) dias contados do Acidente Pessoal coberto ou da enfermidade, conforme o caso.

3.2. Traslado de Corpo – Garante o reembolso, até o limite de R$10.000,00 (dez mil reais), das despesas com a liberação e transporte do corpo do Segurado do local da ocorrência do evento coberto até o seu domicílio ou local do sepultamento, no Brasil.

3.3. Regresso Sanitário – Garante ao Segurado o reembolso, até o limite de R$ 10.000,00 (dez mil reais), das despesas com o seu traslado de regresso ao local de origem da viagem ou ao seu domicílio informado por ocasião da adesão ao Seguro, caso o Segurado não se encontre em condições de retornar como passageiro regular por motivo de Acidente Pessoal ou enfermidade, ocorridos durante o Período de Cobertura.

3.4. Traslado Médico – Garante ao Segurado o reembolso, até o limite de R$ 10.000,00, (dez mil reais) das despesas com a remoção ou transferência do

Segurado até a clínica ou hospital mais próximo em condições de atendê-lo, por motivo de Acidente Pessoal coberto ou enfermidade súbita e aguda.
3.5. Perda de Bagagem – Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, até o limite de R$ 200,00 (duzentos reais), caso ocorra a perda, extravio, furto, roubo, dano ou destruição devidamente comprovados da Bagagem do Segurado durante o Período de Cobertura.
3.6. Reembolso de Despesas Farmacêuticas em Viagem – Garante ao Segurado o reembolso, até o limite de R$ 500,00 (quinhentos reais), das despesas incorridas com a aquisição, durante o Período de Cobertura, de medicamentos prescritos pelo médico legalmente habilitado e responsável pelo atendimento médico ou odontológico ao Segurado.
3.7. Reembolso de Despesas com Envio de Acompanhante – Garante ao Beneficiário o reembolso, até o limite de R$ 10.000,00 (dez mil reais), das despesas incorridas com o envio de acompanhante indicado pelo Segurado que permanecer internado por mais de 10 dias no Brasil ou por mais de 05 (cinco) dias no exterior, em decorrência de evento ocorrido durante o Período de Cobertura, desde que o Segurado já não tenha um acompanhante no local.
3.8. Reembolso de Despesas com Hospedagem após Alta Hospitalar em Viagem – Garante ao Segurado o reembolso, até o limite de R$ 1.000,00 (um mil reais), das despesas incorridas com hospedagem após alta hospitalar por motivo de convalescença e indicação do médico assistente do Segurado, durante o Período de Cobertura, excluídas as despesas com alimentação e bebidas.
3.9. A inclusão de menores de 14 (quatorze) anos destina-se somente ao reembolso de despesas, observados os limites de capital segurado contratados.
3.10. Para os fins deste Seguro, só serão garantidas as coberturas para as viagens cujo deslocamento seja igual ou superior a 100 km (cem quilômetros) da residência permanente do Segurado.
3.11. A descrição completa das coberturas mencionadas nesta cláusula, com as garantias por elas oferecidas, respectivos Riscos Cobertos e Riscos Excluídos, além das situações passíveis de perda de direitos estão previstas nas Condições Gerais do Seguro, que se encontram disponíveis no site www.bradescoprevidencia.com.br.

4. VIGÊNCIA E CANCELAMENTO

4.1. As coberturas do Seguro Viagem Bradesco somente serão garantidas enquanto estiver em vigor a Apólice de Seguro Viagem Bradesco contratada pela Bradesco Saúde S.A. e desde que o Segurado esteja ativo na apólice de Reembolso de Despesas de Assistência Médico-Hospitalar junto à Bradesco Saúde - Estipulante.

5. INFORMAÇÕES GERAIS

5.1. O registro deste plano na SUSEP não implica por parte da Autarquia, Incentivo ou recomendação a sua comercialização.
5.2. Em atendimento à Lei n. 12.741/12, informamos que incidem sobre Prêmios de Seguros os seguintes tributos de responsabilidade do contribuinte: PIS (0,65%); COFINS (4,00%); IOF (entre 0% e 7,38%), que serão apurados e recolhidos nos termos da legislação.
5.3. Para mais informações sobre Coberturas, Riscos cobertos e riscos excluídos,

consulte as Condições Gerais da Apólice e Contrato de Seguro, disponíveis com o Estipulante, Corretor de Seguros ou diretamente na Seguradora.

Estipulante: BRADESCO SAÚDE S.A., com sede na Rua Barão de Itapagipe, nº 225, Rio Comprido - CEP: 20.261-000 – Rio de Janeiro – RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o no 92.693.118/0001-60 e na ANS sob o nº 057111.
Apólice: n. 41
Corretor: Bradescor
Seguro Viagem Bradesco – Processo SUSEP n. 15414.900006/2016-60

Central de Relacionamento Consultas, Informações e Serviços Transacionais. Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 2704 Demais Localidades: 0800 701 2714 Das 08h às 20h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.	SAC: 0800 721 1144 Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 701 2778 Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria: 0800 701 7000 – Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.	

Este material tem conteúdo meramente explicativo. A descrição completa das coberturas contratadas e garantias por elas oferecidas, respectivos riscos cobertos e excluídos, além das situações passíveis de perda de direitos constam das Condições Gerais do Seguro Viagem Bradesco contratado pela Bradesco Saúde junto à Bradesco Vida e Previdência.

SERVIÇOS COMPLEMENTARES AO SEGURO VIAGEM BRADESCO

SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

1. Além das Coberturas oferecidas através do Seguro Viagem Bradesco, o cliente da Bradesco Saúde descrito na Cláusula 1 das Condições do Seguro Viagem Bradesco, conta, ainda, com os seguintes serviços de assistência:

1.1 No Brasil e no Exterior:

1.1.1. Organização de Remoção Inter Hospitalar – Caso o Segurado esteja utilizando uma das assistências médicas previstas no item 3.1 das Condições do Seguro Viagem Bradesco, e que exija remoção inter-hospitalar ("Evento"), a Central de Assistência 24 horas organizará a transferência do Segurado para o centro médico-hospitalar mais próximo do hospital onde este está sendo atendido e que tenha condições técnicas e estruturais para o seu atendimento.

Este Serviço está limitado a 01(um) acionamento por viagem.

1.1.2. Organização de Repatriação Sanitária - Caso o Segurado, após ter recebido Alta Hospitalar decorrente dos Serviços previstos no item 3.1 das Condições Gerais do Seguro Viagem Bradesco, não se encontre em condições de retornar ao seu Domicílio como passageiro regular, segundo critérios médicos ("Evento"), a Central de Assistência 24 horas organizará o retorno deste (desde que o procedimento seja efetuado integralmente pela Central de Assistência) por meio de transporte adequado. Este Serviço inclui a organização da viagem de retorno ao Domicílio do Usuário, com coordenação no embarque e na chegada, com a infraestrutura necessária: (1) adequação do meio de transporte eleito, através de complementação tecnológica da aparelhagem médica necessária, (2) acompanhamento médico e/ou de enfermeira, e/ou acompanhante previamente autorizado pela Central de Assistência, ambulâncias, e UTI móvel terrestre se necessário.

Esta assistência não abrange a utilização de avião UTI (Unidade de Terapia Intensiva). Este Serviço está limitado a 01(um) acionamento por viagem.

1.1.3. Localização e Envio de Bagagem Extraviada - Em caso de extravio de bagagem do Segurado, dentro dos limites da área de responsabilidade da companhia transportadora, a empresa prestadora de serviços prestará a assessoria necessária para a denúncia do fato junto aos responsáveis, as providências de busca, bem como o envio da bagagem até onde se encontre o Segurado ou à sua residência permanente.

Este Serviço será prestado por até 30 (trinta) dias corridos contados a partir da notificação do PIR (*Property Irregularity Report*) e a 01 (um) acionamento por viagem.

1.1.4. Organização de Envio de Acompanhante - Caso o Segurado tiver necessidade de permanecer **por mais de 10 dias corridos**, em decorrência de Acidente Pessoal ou Doença Súbita e Aguda ("Evento"), por período superior aos dias previstos para este Serviço no plano de Assistência 24 Horas contratado e desde que não tenha acompanhante no local da ocorrência do Evento, a Central de Assistência 24 horas providenciará o transporte, bem como reembolsará as despesas com hospedagem para que um parente ou pessoa indicada pelo Usuário possa acompanhá-lo.

Caso seja necessária a utilização de transporte aéreo, a Central de Assistência 24 horas providenciará uma passagem em Classe Econômica. **Este Serviço está limitado a 01(um) acionamento por viagem.**

1.1.5. Garantia de Regresso - Em situações onde o Segurado for obrigado a prorrogar o período de sua ausência em seu domicilio por motivo de Acidente Pessoal ou Doença Súbita e Aguda que exigiram internação hospitalar, ou antecipar o regresso ao seu país de Domicilio, em razão de Acidente Pessoal ou Doença Súbita e Aguda do próprio Segurado ("Evento"), a Assistência 24 Horas remarcará a data da passagem destinada ao local de retorno originalmente previsto.
Caso seja necessária a utilização de transporte aéreo, a Central de Assistência 24 horas providenciará uma passagem em Classe Econômica. **Este Serviço está limitado a 01(um) acionamento por viagem.**
1.1.6. Organização de Repatriação Funerária - Em caso de falecimento do Segurado durante a viagem assistida em decorrência de Evento coberto ("Evento"), a Central de Assistência 24 horas providenciará as formalidades administrativas necessárias para a liberação e o traslado do corpo e transporte deste até o Município de Domicílio do Segurado no Brasil (ou distância equivalente indicada pelo representante legal do Usuário). As despesas de funeral, sepultamento, cremação, exumação e de cerimônia, assim como os custos adicionais em função do tipo de urna funerária não estão incluídas e correrão por conta da família do Segurado ou seu representante. Este serviço somente poderá ser prestado a partir do momento em que o corpo do Usuário falecido se encontrar liberado pelas autoridades policiais e competentes e desde que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial ou judicial que impeça a sua remoção do local do Evento para a cidade de seu Domicílio.
Este Serviço está limitado a 01(um) acionamento por viagem.

1.2 EXCLUSIVAMENTE No Exterior
1.2.1. Organização de Atendimento Médico e Hospitalar por Acidente ou Doenças - Caso o Segurado encontre-se em situação emergencial, ou seja, em situação crítica, incidental e imprevista, com ocorrência de perigo, em decorrência, exclusivamente, de Acidente Pessoal ou Doença Súbita e Aguda e que exija intervenção médica ou cirúrgica de imediato ("Evento"), a Central de Assistência organizará os serviços médicos, desde que o Segurado tenha solicitado a prévia intermediação da Central de Assistência. Esta assistência não inclui prestação de serviços para acidentes decorrentes da prática de esportes de risco, tais como, mas não limitados à: alpinismo, caça, mergulho, pesca marítima, espeleologia, esqui na neve e aquático, esportes praticados com veículos aéreos, terrestres e aquáticos e seus respectivos treinos preparatórios. Excepcionalmente, nos casos de Acidente Pessoal que ensejar risco potencial de morte, sendo necessário que a assistência seja efetuada dentro de um prazo muito exíguo, que impossibilite o acionamento prévio da Central de Assistência, em que o Segurado recorrer a médicos e serviços não indicados previamente pela Central de Assistência, este poderá solicitar o ressarcimento junto a Seguradora contratada. **Este Serviço será prestado até o limite de R$ 10.000,00 (dez mil reais) e a 01 (um) acionamento por viagem.**
1.2.2. Despesa Odontológica Emergencial - Caso o Segurado encontre-se em situação emergencial, ou seja, em situação crítica, incidental e imprevista, com ocorrência de perigo, em decorrência, exclusivamente, de dor, infecção ou trauma e que exija consulta com um dentista ("Evento"), a Central de **Assistência 24 horas** providenciará o agendamento da consulta.
Este Serviço será prestado até o limite de R$ 500,00 (quinhentos reais) e a 01 (um) acionamento por viagem.

1.2.3 Auxílio Pagamento de Fiança - Em caso de exigência de fiança judicial para a concessão de liberdade provisória do Segurado ("Evento"), a Assistência 24 Horas providenciará o adiantamento do valor para o pagamento da fiança.
Este Serviço será prestado somente em viagens internacionais e até o limite de R$ 10.000,00 (dez mil reais).

1.2.4 Indicação Jurídica - Na hipótese de surgir um problema jurídico inesperado, relativamente a um acidente ocorrido no âmbito da vida pessoal do Segurado, a Assistência 24 Horas encaminhará o Segurado à pelo menos um advogado, se houver no local, a ser contratado, ou diretamente pelo Segurado ou através da *Europ Assistance* Brasil Serviços de Assistência S.A., se ele assim solicitar, para uma consulta.
A Assistência não se responsabiliza por instruções e/ou solicitação que não tenham sido solicitadas à Central de Assistência ou que tenha sido solicitada diretamente ou indiretamente pelo Segurado ao estabelecimento fornecedor, tais como, antecipação, extensão ou realização do serviço, bem como por qualquer tipo de despesa proveniente das solicitações do Segurado.

1.2.5 Organização de Retorno Antecipado por Falecimento de Familiar - Caso seja necessário que o Segurado retorne antecipadamente à cidade de seu Domicílio, por motivo de falecimento de Membro direto de sua Família (exclusivamente pais, sogros, cônjuge, irmãos ou filhos) durante o período que estiver ausente de seu domicílio para a qual estes serviços foram contratados, e não seja possível utilizar o meio de transporte originalmente contrato para o retorno ("Evento"), a Assistência 24 Horas providenciará o transporte para seu retorno.
Caso seja necessária a utilização de transporte aéreo, a Central de Assistência 24 horas providenciará uma passagem em Classe Econômica. Este Serviço está limitado a 01(um) acionamento por viagem.

1.2.6. Acompanhamento de Menores (14 anos) e/ou Idosos - Caso o Segurado encontre-se a mais de 100 km de distância de seu domicilio com criança(s) menor(es) de 18 (dezoito) anos de idade ou idoso(s) com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos sob sua responsabilidade, e, em decorrência de Acidente Pessoal ou Doença Súbita e Aguda iniciada durante a viagem assistida, não possa embarcá-la(s) para que retorne(m) ao Município de Domicílio ("Evento"), a Central de Assistência 24 horas cuidará dos seguintes serviços: (1) acompanhamento do(s) menor(es) ou idoso(s) até o aeroporto, (2) formalidades de embarque, (3) coordenação com a companhia aérea para a condição de "menor(es) ou idoso(s) desacompanhado(s)", (4) informação aos pais ou parentes dos dados referentes ao retorno.
Este Serviço está limitado a 01(um) acionamento por viagem.

1.2.7 Auxílio de Fundos no Exterior – Em caso de roubo ou extravio de documentos, cartão de crédito ou dinheiro do Segurado, desde que devidamente comprovada através de denúncia às autoridades competentes ("Evento"), a Assistência 24 Horas

providenciará o envio do valor indicado pelo Segurado, em moeda corrente do país onde o Usuário estiver.
Este Serviço será prestado somente em viagens internacionais e até o limite de R$ 400,00 (quatrocentos reais).

1.2.8 Retorno de Familiares - Caso os familiares do Segurado possuírem passagem aérea com data ou limitação de regresso, e em razão de doença, acidente súbito ou falecimento do Segurado, acompanhados pela Equipe Médica da Assistência 24 Horas, este estiver obrigado a, adiantar seu regresso ao Brasil, ou a permanecer no país do evento, a *Europ Assistance* Brasil Serviços de Assistência S.A. assumirá a diferença de tarifa para que a viagem dos familiares do segurado prossiga fora da data fixada ou de limitação.
Este Serviço está limitado ao fornecimento de passagem em Classe Econômica e a 01(um) acionamento por viagem

1.2.9. Orientação em caso de perda de documentos - Em caso de extravio (perda, furto ou roubo) de qualquer documento pessoal imprescindível estando o Segurado a mais de 100 km de distância do domicilio ("Evento"), a Central de Assistência 24 horas, sempre que possível, fornecerá informações relativas à como proceder com a polícia local, endereços e telefones de consulados ou embaixadas, indicação do número de telefone para cancelamento de cartões de crédito. Poderá ainda entrar em contato com os familiares, a fim de enviar cópias desses documentos ao Segurado.

2. A descrição completa dos Serviços de Assistência encontra-se disponível no site www.bradescosaude.com.br

3. CONDIÇÕES PARA ACIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

3.1. A Assistência em Viagem poderá ser acionada, a critério exclusivo do Segurado, mesmo que o evento esteja também abrangido pelas coberturas oferecidas pelo Seguro Viagem Bradesco.
3.2. A Assistência em Viagem será prestada em todas as viagens feitas pelo Segurado durante o período de vigência, conforme previsto no item "Vigência e Cancelamento", deste documento, **desde que, na data do evento, ele não esteja afastado de sua residência permanente por período superior a 90 (noventa) dias, em uma mesma viagem**.
3.3. A "**Assistência em Viagem"** não será prestada em caso de situações que venham a ocorrer durante a viagem do Segurado que sejam decorrentes de inobservância de recomendações feitas pelo médico que o assiste habitualmente.
3.4. Os Serviços de Assistência serão prestados de acordo com a infraestrutura do local da ocorrência, consideradas, ainda, as leis e costumes do país ou do local do evento, a natureza do risco e a urgência requerida no atendimento.
3.5. O acionamento dos Serviços de Assistência dar-se-á através de contato telefônico com a Central de Assistência 24 horas, que adotará as providências necessárias para prestação dos serviços previstos no item 1.
3.6. Diante de uma situação que envolva risco de vida, o Segurado, ou seu representante,

providenciará remoção de emergência para hospital próximo do local da ocorrência, pelos meios mais apropriados e imediatos e deverá, tão logo possível, contatar a Central de Assistência 24 horas, a fim de prestar informações necessárias.

4. VIGENCIA E CANCELAMENTO DAS ASSISTÊNCIAS

4.1. Os Serviços de Assistência previstos neste documento serão cancelados em caso de rescisão da apólice Seguro Viagem Bradesco ou por decisão da Bradesco Saúde S.A. ou da Bradesco Vida e Previdência S.A. na forma estabelecida nas Condições Gerais do referido seguro, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias.

A Empresa Prestadora de Serviços contratada pela Bradesco Vida e Previdência não poderá fazer o pagamento de indenizações ao Segurado; somente à Seguradora.

Operadora: Bradesco Saúde S/A
CNPJ: 92.693.118/0001-60
ANS: 005711
Nº de registro do produto: vide página 61
Site: www.bradescosaude.com.br
Central de Relacionamento com o Cliente (CRC):
-Rede Referenciada Perfil: 4004 2790 ou 2791 (Capitais e Regiões Metropolitanas) e 0800 701 2790 ou 2791 (Demais Localidades).
-Demais Redes Referenciadas: 4004 2700 (Capitais e Regiões Metropolitanas) e 0800 701 2700 (Demais Localidades).

Guia de Leitura Contratual

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	3
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	3
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	Anexo
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	Anexo
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	10
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	18
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	22

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito à cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, esse período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	21
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	38
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	30
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	31
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	33, 35 e 38
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI N° 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	40

Para informar-se sobre esses e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa - RN n° 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Saúde BRASIL UM PAÍS DE TODOS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

Operadora: Bradesco Saúde S/A
CNPJ: 92.693.118/0001-60
ANS: 005711
Nº de registro do produto: vide página 61
Site: www.bradescosaude.com.br
Central de Relacionamento com o Cliente (CRC):
-Rede Referenciada Perfil: 4004 2790 ou 2791 (Capitais e Regiões Metropolitanas) e 0800 701 2790 ou 2791 (Demais Localidades).
-Demais Redes Referenciadas: 4004 2700 (Capitais e Regiões Metropolitanas) e 0800 701 2700 (Demais Localidades).

Nº de registro do Produto

Este Guia de Leitura Contratual refere-se às Condições Gerais Bradesco Saúde Coletivo Empresarial - Pré-Pagamento - Hospitalar com Obstetrícia e aos produtos a ela vinculados, descritos na tabela a seguir:

Registro ANS	Nome Comercial na ANS	Padrão de Acomodação	Fator Moderador
443110033	Bradesco Saúde Hospitalar NPLUS Q CE A	Quarto Individual	-
441922037	Bradesco Saúde Hospitalar Nacional Q CE A	Quarto Individual	-
470029135	Bradesco Saúde Hospitalar Nacional 2 E CE A	Enfermaria	-