Bradesco Saúde

Seguro Coletivo Empresarial de Reembolso de Despesas de Assistência Médico-Hospitalar – Bradesco Saúde

Empresarial Top Compulsório

Apólice:

Estipulante:

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 0800 701 2700 / Ouvidoria: 0800 701 7000

SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 727 9966 / CAS - Central de Atendimento ao Surdo: 0800 701 2708

ANS - nº 005711

Bradesco Saúde

Seguro Coletivo Empresarial de Reembolso de Despesas de Assistência Médico-Hospitalar – Bradesco Saúde Empresarial Top Compulsório

Condições Gerais

1. OBJETO DO SEGURO 4
2. DEFINIÇÕES 4
3. COBERTURAS DO SEGURO 10
4. DESPESAS NÃO COBERTAS PELO SEGURO 15
5. CO-PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO 17
6. PADRÕES DE SEGURO 17
7. MODALIDADES DE ATENDIMENTO 21
8. ACEITAÇÃO DO SEGURO E PAGAMENTO DO PRÊMIO 23
9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO 25
10. CANCELAMENTO DA APÓLICE DE SEGURO 26
11. REAJUSTE FINANCEIRO DO PRÊMIO 27
12. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE 28
13. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA 30
14. CUSTEIO DO SEGURO 30
15. ALTERAÇÃO DO PADRÃO DE SEGURO 32
16. REMISSÃO 33
17. DISPOSIÇÕES GERAIS 34
18. TABELA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Em CRS – Coeficiente de Reembolso de Seguro) ... 37

Bradesco Saúde

Seguro Coletivo Empresarial de Reembolso de Despesas de Assistência Médico-Hospitalar – Bradesco Saúde Empresarial Top Compulsório

Assistência Pessoal Bradesco Saúde

Condições

1. OBJETO E ÂMBITO GEOGRÁFICO....42
2. EMPRESA PRESTADORA DE SERVIÇOS....42
3. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO....42
4. COBERTURAS DISPONÍVEIS NO BRASIL E NO EXTERIOR....43
5. COBERTURAS DISPONÍVEIS EXCLUSIVAMENTE NO EXTERIOR....44
6. EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES....46
7. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO....47
8. VIGÊNCIA E CANCELAMENTO....48

Bradesco Saúde

Seguro Coletivo Empresarial de Reembolso de Despesas de Assistência Médico-Hospitalar
Bradesco Saúde Empresarial Top Compulsório

Número de Registro da BRADESCO SAÚDE S.A. na ANS: 005711
Regime de Contratação: Coletivo Empresarial
Tipo de vínculo do beneficiário: com vínculo empregatício ativo e inativo
Formação do preço: Preestabelecido

Condições Gerais

1. OBJETO DO SEGURO

Conforme o padrão de seguro escolhido pelo estipulante para o grupo segurável, e nos termos e limites destas Condições Gerais, este seguro tem por objetivo garantir o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, efetuadas com o tratamento do *segurado* e seus dependentes incluídos na apólice, decorrentes de problemas relacionados a saúde, doença, acidente pessoal e necessidade de atendimento obstétrico, com liberdade de escolha de médicos e estabelecimentos médico-hospitalares no Brasil, quando a inclusão do grupo segurável no seguro for compulsória (automática), por decisão do *estipulante*, por oportunidade do preenchimento da proposta de seguro.

Alternativamente ao regime de reembolso e objetivando facilitar a utilização deste seguro, a *seguradora* disponibilizará uma lista de profissionais e instituições médicas referenciados 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*.

Este seguro, regido pelo art. 757 do Código Civil Brasileiro e pela Lei nº 9.656/98 e suas regulamentações, é um contrato bilateral e aleatório, independentemente da ocorrência dos sinistros cobertos, nos termos dos artigos 458 e seguintes do Código Civil Brasileiro.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal

É todo evento, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física, por si só e independente 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. Adesão ao Seguro

2.2.1. Compulsória ou Automática

Trata-se de sistema mediante o qual a inclusão do *segurado* e seus dependentes no seguro é feita juntamente com sua incorporação ao grupo segurável, nos prazos previstos nestas Condições Gerais.

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 0800 701 2700 / Ouvidoria: 0800 701 7000
SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 727 9966 / CAS - Central de Atendimento ao Surdo: 0800 701 2708

ANS - nº 005711

2.2.2. Espontânea ou Opcional

É aquela em que não há obrigatoriedade de adesão por todo o grupo segurável vinculado ao estipulante.

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. Cartão de Identificação BRADESCO SAÚDE

É o cartão, emitido pela *seguradora*, para utilização individual e personalizada do *segurado*, que servirá para identificá-lo sempre que recorra a médicos e instituições constantes da Lista de Referência, facilitando o atendimento e dispensando-o do pagamento imediato dos serviços cobertos pelo seguro, quando o evento estiver perfeitamente caracterizado e o prestador de serviços fizer parte da Rede Referenciada. Nos atendimentos médico-hospitalares, 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.

2.5. Cartão-Proposta

É o documento legal, preenchido pelo *estipulante*, com as informações pertinentes ao grupo familiar de cada um dos *segurados* 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 magnético, 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 dependentes sejam perfeitamente corretas, ficando o *estipulante* sujeito às sanções legais nos casos de dolo, de conformidade com o art. 766 do Código Civil Brasileiro.

2.6. Certificado de Seguro

É o documento em que a *seguradora* confirma a aceitação do seguro para cada *segurado* titular e seus dependentes dentre os proponentes indicados na ficha de inclusão. O certificado é encaminhado ao *segurado* titular, por intermédio do *estipulante*.

2.7. Co-participação

Define-se a co-participação financeira do *segurado* nos custos dos procedimentos como:

a) o percentual aplicado sobre os valores de atendimentos ambulatoriais (vide o item "Fator Moderador"); e
b) o valor até o qual a *seguradora* não tem responsabilidade de cobertura, nos procedimentos hospitalares (vide o item "Franquia").

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 0800 701 2700 / Ouvidoria: 0800 701 7000
SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 727 9966 / CAS - Central de Atendimento ao Surdo: 0800 701 2708

ANS - nº 005711

2.8. 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, sendo-lhe vedado manter relação de emprego ou de direção com sociedade seguradora, conforme definido na Lei nº 4.594, de 29/12/1964, e no Decreto-Lei nº 73, de 21/11/1966.

2.9. CRS (Coeficiente de Reembolso de Seguro)

Este contrato prevê dois tipos de Coeficiente de Reembolso de Seguro (CRS): um para Despesas Hospitalares (CRS-DH) e outro para Despesas Médicas (CRS-DM).

2.9.1. O Coeficiente de Reembolso de Seguro – Despesas Hospitalares (CRS-DH), expresso em moeda corrente, serve como base para determinar os limites de reembolso de cada despesa hospitalar prevista, em quantidade de CRS-DH, na Tabela de Serviços Hospitalares (TSH) da BRADESCO SAÚDE, devendo ser observado o padrão de seguro contratado.

2.9.2. O Coeficiente de Reembolso de Seguro – Despesas Médicas (CRS-DM), expresso em moeda corrente, serve como base para determinar os limites de reembolso de cada despesa médica prevista, em quantidade de CRS-DM, na Tabela de Honorários e Serviços Médicos (THSM) da BRADESCO SAÚDE, devendo ser observado o padrão de seguro contratado.

2.10. Data Base

É o dia e o mês de início de vigência do seguro coletivo contratado pelo *estipulante*.

2.11. 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.

2.12. Estipulante

É a pessoa jurídica, empregadora ou associativa de empresas empregadoras, que contrata o seguro com a *seguradora*, cuja qualificação (razão social, CNPJ e endereço) consta na proposta de seguro.

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.

2.13. Evento

É a ocorrência de natureza aleatória capaz de, por si só e independentemente da vontade do *segurado*, causar-lhe, ou a qualquer dos dependentes incluídos na apólice, lesão ou doença que implique a necessidade de um ou mais atendimentos médico-hospitalares, com conseqüentes prejuízos econômicos ao *segurado*.

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 0800 701 2700 / Ouvidoria: 0800 701 7000
SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 727 9966 / CAS - Central de Atendimento ao Surdo: 0800 701 2708

ANS - nº 005711

2.14. Fator Moderador

É o percentual cuja aplicação sobre os valores de atendimentos ambulatoriais determinará a co-participação financeira do *segurado*.

2.15. Franquia

É o valor até o qual a seguradora não tem responsabilidade de cobertura, quando for estabelecida participação financeira do segurado nos custos das internações hospitalares (despesas hospitalares e honorários médicos). A franquia é escolhida pelo *estipulante*, quando do preenchimento da proposta de seguro, sendo aplicável, por evento, em internação hospitalar.

2.16. Grupo Segurável

2.16.1. É o conjunto de pessoas, em sua totalidade, que mantêm vínculo de natureza empregatícia, societária ou estatutária, devidamente comprovado com o mesmo *estipulante*, bem como seus dependentes, se houver. A constituição e inclusão dos componentes do grupo segurável obedecerá às regras a seguir definidas:

a) o grupo segurável deve ser constituído por, no mínimo, 100 (cem) pessoas, considerados os proponentes a *segurados* titulares e respectivos dependentes;
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.

2.17. Hospital-Dia

Trata-se de regime mediante 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, nunca pernoitando.

2.18. Inclusão Compulsória (Automática)

É aquela que vincula a contratação do seguro à totalidade do grupo segurável do *estipulante*.

2.19. Inclusão de Segurado

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 certificado de seguro.

2.20. 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.

2.21. Limite de Reembolso

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 0800 701 2700 / Ouvidoria: 0800 701 7000
SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 727 9966 / CAS - Central de Atendimento ao Surdo: 0800 701 2708

ANS - nº 005711

2.21.1. 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 coeficiente de reembolso definido no padrão de seguro contratado para o procedimento médico a ser reembolsado.

2.21.2. 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 coeficiente de reembolso definido no padrão de seguro contratado.

2.22. Lista de Referência

É a lista na qual são relacionados os prestadores de serviços médico-hospitalares, de diversas especialidades (médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, prontos-socorros, entre outros), que integram a Rede Referenciada BRADESCO SAÚDE. Essa lista pode ser consultada pela Internet, no site www.bradescosaude.com.br. .

A inclusão dos profissionais nessa Rede estará sujeita à concordância do prestador e análise, pela *seguradora*, que decidirá sobre sua aceitação. Quanto à exclusão ou substituição dos profissionais médicos e das instituições, estas serão efetuadas a pedido do prestador ou por iniciativa da *seguradora*, excetuando-se as instituições hospitalares cujos critérios adiante transcritos serão considerados:

a) por iniciativa do prestador; ou

b) por iniciativa da seguradora nos casos de substituição do prestador por outro equivalente, mediante autorização prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e comunicação ao *estipulante* com 30 (trinta) dias de antecedência. Quando essa substituição ocorrer no período de internação do beneficiário, serão garantidos a sua permanência e o pagamento das despesas até a alta hospitalar. Se a rescisão decorrer de fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, no período de internação do beneficiário, fica garantida a sua imediata remoção para outro estabelecimento equivalente. Todo este procedimento está de conformidade com o previsto no art. 17 da Lei 9.656/98.

2.23. 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.

2.24. Padrão de Seguro

É a modalidade escolhida pelo *estipulante*, para cada grupo segurável, obedecidas todas as regras de inclusão e constituição definidas no subitem 2.16.1 e na Cláusula 8, quando da assinatura da proposta de seguro.

Os padrões de seguro diferenciam-se em função do tipo de acomodação hospitalar, dos coeficientes de reembolso de honorários médicos e da abrangência da Rede Referenciada contratada.

2.25. 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 previstas no padrão de seguro contratado.

2.26. Proposta de Seguro

É o documento formal e legal, preenchido pelo *estipulante* e entregue à *seguradora* juntamente com os cartões-proposta do grupo segurável, com as informações pertinentes aos participantes da apólice.

Se incompletas ou inexatas as declarações assinadas pelo *estipulante*, ou por seu representante legal, assim influindo na aceitação do risco e no valor do prêmio, ocorrerá o cancelamento do seguro contratado, conforme prevê a Cláusula 10 destas Condições Gerais. A proposta é parte integrante do contrato.

2.27. Rede Referenciada

É a rede elaborada pela *seguradora*, visando facilitar a utilização do seguro, por parte de seus *segurados*, e que é composta 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.

A Rede Referenciada poderá variar de acordo com o padrão de seguro contratado.

2.28. Segurados

São *segurados* o titular e seus dependentes efetivamente incluídos no seguro, conforme caracterizado no grupo segurável.

2.29. Segurado Titular

Como *segurado* titular poderão ser incluídas as pessoas que tenham relação com o *estipulante*, especificamente os sócios com poderes de gestão, os diretores estatutários, os diretores com vínculo empregatício comprovado, e os empregados do *estipulante* e de empresas coligadas, controladas e subsidiárias integrais, de acordo com o Código Civil Brasileiro.

Em qualquer dos casos, é imprescindível que os participantes estejam caracterizados e incluídos no grupo segurável.

2.30. Segurado Dependente

Consideram-se dependentes do *segurado* titular o cônjuge ou companheiro(a), filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados), com até 21 (vinte e um) anos de idade e sem rendimentos ou até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se comprovadamente universitários e sem rendimentos, e os filhos inválidos, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da declaração de Imposto de Renda do *segurado* titular.

2.31. Seguradora

É a BRADESCO SAÚDE S.A., seguradora especializada em saúde, com sede na cidade do Rio de Janeiro, à Rua Barão de Itapagipe, nº 225, Rio Comprido, RJ, CEP 20261-900, inscrita no CNPJ sob o nº 92.693.118/0001-60 e registrada na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) sob o nº 005711, que assume os riscos inerentes às coberturas deste seguro, nos termos destas Condições Gerais.

2.32. Tabelas da BRADESCO SAÚDE

a) *Tabela de Honorários e Serviços Médicos (THSM)*

É a tabela que fixa os **valores de referência** para os procedimentos médicos, cuja cobertura deve obedecer ao disposto nestas Condições Gerais.

a.1) O Coeficiente de Reembolso de Seguros (CRS) representa a unidade básica para o cálculo desse valores. O valor do **CRS** é expresso em Reais.

a.2) A cada procedimento da Tabela é atribuído uma quantidade de **CRS**.

a.3) Para o cálculo do valor do reembolso de cada procedimento, multiplica-se a quantidade de **CRS** pelo valor do **CRS** vigente à época do evento.

b) *Tabela 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.), de acordo com o padrão de seguro contratado.

Essa tabela encontra-se na Cláusula 18 destas Condições Gerais.

2.33. Urgência

Considera-se urgência, exclusivamente, a situação causada por evento resultante de acidente pessoal, ou de complicação no processo gestacional relacionada com patologias tais como ameaça de aborto, morte fetal, pré-eclampsia, eclampsia, prematuridade fetal e descolamento prematuro de placenta.

3. COBERTURAS DO SEGURO

Obriga-se a *seguradora* a reembolsar ao *segurado* as despesas com todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), obedecido o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, previsto na regulamentação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações.

Essa obrigação corresponderá ao padrão de seguro contratado, no segmento referência, que garante consultas médicas, exames complementares e terapias fora do regime de internação, bem como internações hospitalares e atendimentos obstétricos.

O atendimento de urgência e emergência decorrente de acidente pessoal estará garantido, sem restrições, após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do seguro.

3.1. Cobertura Hospitalar

A *seguradora* indenizará ao *segurado* as despesas médico-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, nas seguintes eventualidades:

a) internações clínicas e cirúrgicas;
b) internações decorrentes de emergências ou urgências, como definido nos itens 2.12 e 2.33;
c) tratamento hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão (CID 10);
d) atendimentos obstétricos que se relacionem à gestação, partos normais, cesarianas e 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;
f) transplantes e implantes, inclusive os autólogos, definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
g) cirurgias restauradoras de funções e a cirurgia plástica que não tenha finalidade estética, exceto a dermolipectomia abdominal em conseqüência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago e a reconstrutiva de mama, utilizando de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
h) cirurgias odontológicas buço-maxilo-faciais e a necessária estrutura hospitalar exclusivamente por imperativo clínico, imposto em função das necessidades dos pacientes; e
i) demais tratamentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto na regulamentação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente na data do evento.

3.1.1. Os materiais e medicamentos necessários ao atendimento médico-hospitalar terão suas despesas reembolsadas pela seguradora que, a seu critério, também poderá fornecê-los 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 necessária 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 pelo hospital, para 1 (um) acompanhante de paciente internado na seguintes condições:
g.1) crianças e adolescentes com menos de 18 (dezoito) anos e idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade;
g.2) portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico-assistente;
g.3) parturiente, durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato.
h) remoção de paciente em ambulância, comprovadamente necessária, 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) no caso de transplantes, são também cobertas: despesas assistenciais com doadores vivos; despesas com medicamentos utilizados durante a internação; despesas com acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS. No caso de o segurado ser candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, este deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOS), devendo sujeitar-se aos critérios de fila única de espera e seleção.

3.1.2.1. Em caso de internação para realização de cirurgia, as despesas hospitalares somente serão indenizáveis pelo seguro a partir do dia da realização da cirurgia, salvo quando houver justificativa do médico assistente para diárias pré-operatórias. No caso de internação clínica ou cirúrgica eletiva, a autorização à seguradora deverá ser solicitada com a antecedência acordada com o estabelecimento hospitalar, se o segurado optar pelo atendimento na Rede Referenciada.

3.1.2.2. A cobertura hospitalar psiquiátrica garantirá, por ano de vigência do seguro:
a) 30 (trinta) dias de internação em hospital psiquiátrico, em unidade de terapia ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para segurado portador de transtornos psiquiátricos em situação de crise; e
b) 15 (quinze) dias de internação em hospital geral, para segurado portador de transtornos psiquiátricos que apresente quadro de intoxicação ou abstinência provocadas por alcoolismo ou outras formas de dependência química, por isso necessitando de hospitalização.

3.1.2.2.1. Para os procedimentos cobertos pela alínea “a” do subitem 3.1.2.2, o segurado dispõe de 8 (oito) semanas de tratamento, quando prevista sua realização em regime de hospital-dia.

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 0800 701 2700 / Ouvidoria: 0800 701 7000
SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 727 9966 / CAS - Central de Atendimento ao Surdo: 0800 701 2708

ANS - nº 005711

3.1.2.2.2. O segurado dispõe de 180 (cento e oitenta) dias de tratamento em regime de hospital-dia, especificadamente para os diagnósticos relacionados no CID 10 (Código Internacional de Doenças), sob os códigos:

- F00 a F09 – transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos;
- F20 a F29 – esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes;
- F70 a F79 – retardo mental; e
- F90 a F98 – transtornos do comportamento e transtornos emocionais habituais na infância e na adolescência.

3.1.2.2.3. Haverá co-participação do segurado em 50% (cinqüenta por cento) das despesas médicas e hospitalares ocorridas a partir do primeiro dia que ultrapassar os prazos definidos nas alíneas "a" e "b" do subitem 3.1.2.2, dentro de um mesmo período anual de vigência do seguro.

3.1.2.2.4. Terão cobertura os atendimentos com internação clínica ou cirúrgica decorrentes de transtornos psiquiátricos, inclusive os procedimentos médicos necessários ao atendimento de lesões auto-infligidas.

3.1.2.3. 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 sistema de reembolso e somente para as despesas ocorridas com o efetivo doador.

3.1.3. São consideradas despesas médicas os gastos com:
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;

a) honorários médicos referentes a procedimentos de diagnose e terapia, realizados durante a internação hospitalar;
b) exames laboratoriais para controle da evolução da doença, realizados entre a data da internação e a da alta hospitalar;
c) exames anatomopatológicos, radiológicos e cintilográficos, durante a internação hospitalar ou em atendimento ambulatorial, desde que referentes a tratamentos cobertos, indispensáveis ao controle da evolução da doença e à sua elucidação diagnóstica;
d) transfusão de sangue e seus derivados, até a alta hospitalar;
e) tratamento de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, diálise peritoneal, hemoterapia, nutrição parenteral ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolização, radiologia intervencionista, exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos e fisioterapia, realizados durante o período de internação hospitalar e de acordo com prescrição do médico assistente; e

f) outras despesas constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto na regulamentação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e suas atualizações.

3.1.3.1. Será necessária justificativa do médico assistente sempre que houver:
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.

3.2. Cobertura Ambulatorial
A seguradora indenizará as despesas realizadas com consultas médicas, exames e terapias, bem como as decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar.

3.2.1. Consultas Médicas
A seguradora indenizará as despesas provenientes de consultas médicas prestadas por clínicos ou especialistas legalmente habilitados.

3.2.2. Exames Clínicos e Laboratoriais
A seguradora indenizará as despesas com os seguintes exames, quando realizados por indicação médica:

a) análises clínicas;
b) anatomopatologia;
c) radiologia;
d) eletrocardiografia;
e) eletroencefalografia simples;
f) ultra-sonografia;
g) endoscopias em geral; e
h) outros exames constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto na regulamentação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e suas atualizações.

3.2.2.1. Para a realização, na Rede Referenciada, dos exames de que trata a alínea "h" do subitem 3.2.2, deverá ser solicitada prévia autorização à seguradora.
3.2.3. Terapias
A seguradora indenizará as seguintes despesas, quando realizadas por indicação médica:

a) fisioterapia por acidente ou por doença;
b) quimioterapia ambulatorial;
c) radioterapia;
d) litotripsia;
e) hemodiálise e diálise peritoneal;
f) hemoterapia ambulatorial;

g) nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, limitados a 6 (seis) sessões cada, realizada em período menor do que 12 (doze) meses da inclusão do segurado nesta apólice;
h) psicoterapia, limitada a 12 (doze) sessões, realizada em período menor do que 12 (doze) meses da inclusão do segurado nesta apólice; e
i) demais terapias integrantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto na regulamentação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente na data do evento.

3.2.3.1. Para a realização de terapias, na Rede Referenciada, deverá ser solicitada prévia autorização à seguradora.

3.2.3.2. As despesas referentes aos materiais e medicamentos utilizados durante o atendimento ambulatorial serão reembolsadas pela seguradora que, a seu critério, também poderá fornecê-los aos médicos ou estabelecimentos médico-hospitalares, diretamente ou através de empresas especializadas.

3.2.4. Psiquiatria
A seguradora indenizará as despesas realizadas com o tratamento ambulatorial de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão (CID 10).

3.2.4.1. No tratamento de transtornos psiquiátricos, a cobertura ambulatorial sem internação garantirá:
a) atendimento de emergência ao segurado, em situações que impliquem risco de vida ou de lesão irreparável para ele ou para terceiros, incluídas as representadas por tentativas de suicídio ou auto-agressão;
b) psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, iniciada logo após o atendimento de emergência descrito na alínea anterior, com duração máxima de 12 (doze) semanas, limitada a cobertura a 12 (doze) sessões por ano de vigência do seguro; e
c) tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico e outros procedimentos ambulatoriais.

3.2.4.2. Terão cobertura os atendimentos clínicos ambulatoriais decorrentes de transtornos psiquiátricos, inclusive os procedimentos médicos necessários ao atendimento de lesões auto-infligidas.

4. DESPESAS NÃO COBERTAS PELO SEGURO

Estão expressamente excluídas da cobertura deste seguro as despesas médico-hospitalares decorrentes de, ou realizadas com:

a) **tratamento clínico ou cirúrgico experimental;**
b) **consultas domiciliares;**
c) **assistência domiciliar ("home care");**
d) **procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, exceto:**

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

d2) a cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

e) **inseminação artificial, em suas diversas modalidades;**
f) **tratamento em clínica de emagrecimento com finalidade estética;**
g) **tratamento em clínica de repouso, estâncias hidrominerais, clínica para acolhimento de idosos e internações em ambiente hospitalar que não sejam decorrentes de indicação médica;**
h) **medicamentos importados não nacionalizados;**
i) **curativos, medicamentos e vacinas ministrados ou utilizados fora do regime de internação hospitalar ou de atendimento ambulatorial de urgência ou emergência;**
j) **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;**
k) **qualquer atendimento prestado por profissional de especialidade não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;**
l) **casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
m) **procedimentos odontológicos, ainda que decorrentes de acidente pessoal, exceto cirurgias bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar;**
n) **fonoaudiologia, logopedia, terapia ocupacional e nutrição a partir da 7ª (sétima) sessão, inclusive, realizada em período menor do que 12 (doze) meses da inclusão do segurado;**
o) **enfermagem em caráter particular, seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;**
p) **aplicação de órteses, assim entendidas as próteses externas, tais como pernas e braços mecânicos, entre outros;**
q) **exames admissionais, periódicos, demissionais, bem como check-up preventivo;**
r) **cirurgia refrativa para grau diferente do estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época da ocorrência do evento;** e

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 0800 701 2700 / Ouvidoria: 0800 701 7000
SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 727 9966 / CAS - Central de Atendimento ao Surdo: 0800 701 2708

ANS - nº 005711

s) **outros procedimentos não constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, previsto na regulamentação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente na data do evento.**

5. CO-PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO

5.1. **Conforme opção do *estipulante* assinalada na proposta, os *segurados* poderão ter participação nos custos dos procedimentos.**

5.1.1. **A co-participação, que será definida através de Condição Particular, anexa a estas Condições Gerais, poderá ocorrer:**

a) **através de percentual aplicado sobre o valor de consultas, exames simples e outros procedimentos não incluídos no regime de internação hospitalar;** e/ou

b) **sob a forma de franquia, nas internações hospitalares.**

5.2. **A importância relativa à co-participação dos *segurados* poderá reverter:**

a) **para a *seguradora*, sob a forma de acréscimo ao valor do prêmio, e será cobrada do *estipulante*, na fatura, como receita específica (recuperação de sinistro);** ou

b) **para** o ***estipulante*, sob a forma de receita.**

5.2.1. **Quando a importância da co-participação for destinada ao *estipulante*, a *seguradora* fornecerá relatório contendo as informações necessárias à sua cobrança.**

5.3. **Tanto a destinação da co-participação quanto os percentuais do fator moderador, para cada grupo de procedimentos, serão definidos na proposta de seguro e ratificados na apólice.**

5.4. **A co-participação não é considerada contribuição para os fins previstos no item 14.2 destas Condições Gerais.**

6. PADRÕES DE SEGURO

6.1. Quando do preenchimento e assinatura da proposta de seguro, a pessoa jurídica que pretende contratar o seguro optará por um ou mais dos seguintes padrões, devendo a sua opção constar dessa proposta, conforme acordado entre as partes:

- Empresarial Top Nacional Enfermaria – Segmentação Referência (Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia e acomodação padrão de enfermaria);
- Empresarial Top Nacional Quarto – Segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
- Empresarial Top Nacional Plus - Segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
- Empresarial Top Preferencial - Segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia; e
- Empresarial Top Preferencial Plus - Segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.

6.1.1. O enquadramento do *segurado* titular em um dos padrões de seguro mencionados nesse item prevalecerá para todos os seus dependentes incluídos no seguro, desde que

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 0800 701 2700 / Ouvidoria: 0800 701 7000
SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 727 9966 / CAS - Central de Atendimento ao Surdo: 0800 701 2708

ANS - nº 005711

considerada a opção feita pelo *estipulante*, quando do preenchimento e assinatura da proposta de seguro.

6.2. Esses padrões variam em função:
a) do tipo de acomodação hospitalar;
b) do coeficiente de reembolso de honorários e serviços médicos, referido na alínea "c" do subitem 2.21.1;
c) da Rede Referenciada de médicos, hospitais e serviços colocada à disposição do *segurado*, mencionada na Cláusula 7; e
d) do coeficiente de reembolso de despesas hospitalares, referido na alínea "c" do subitem 2.21.2.

6.3. O padrão Empresarial Top Nacional poderá ser:

6.3.1. Empresarial Top Nacional Enfermaria (421545991):
- tipo de acomodação enfermaria;
- reembolso de honorários e serviços médicos limitado à THSM, com o coeficiente 1 (um) aplicável aos honorários e aos serviços médicos;
- Rede Referenciada Nacional, conforme definido no subitem 7.3.1; e
- reembolso de despesas hospitalares limitado à TSH, com o coeficiente 1 (um) aplicável aos serviços hospitalares.

Esse padrão corresponde ao Plano Referência, instituído pela Lei nº 9.656/98.

6.3.2. Empresarial Top Nacional Quarto (441928036):
- tipo de acomodação quarto individual;
- reembolso de honorários e serviços médicos limitado à THSM, com o coeficiente 2 (dois) aplicável aos honorários médicos, quando o paciente tiver sido internado, e coeficiente 1 (um) para serviços médicos, quando o paciente tiver sido internado, bem como para honorários e serviços médicos, quando o paciente não tiver sido internado;
- Rede Referenciada Nacional, conforme definido no subitem 7.3.1; e
- reembolso de despesas hospitalares limitado à TSH, com o coeficiente 1 (um) aplicável aos serviços hospitalares.

6.4. O padrão Empresarial Top Nacional Plus poderá ser:

6.4.1. Empresarial Top Nacional Plus 3 (441901034):
- tipo de acomodação quarto individual;
- reembolso de honorários e serviços limitado à THSM, com o coeficiente 6 (seis) aplicável aos honorários e aos serviços médicos, quando o paciente tiver sido internado, e coeficiente 3 (três), quando o paciente não tiver sido internado;
- Rede Referenciada Nacional Plus, conforme definido no item 7.4; e
- reembolso de despesas hospitalares ocorridas no Brasil limitado à TSH, com o coeficiente 1,4 (um vírgula quatro) aplicável aos serviços hospitalares; quando ocorridas no exterior, limitado aos custos praticados pelos hospitais de melhor nível no Brasil.

6.5. O padrão Top Preferencial poderá ser:

6.5.1. Empresarial Top Preferencial Enfermaria (421552994):

- tipo de acomodação enfermaria;
- reembolso de honorários e serviços médicos limitado à THSM da Rede Preferencial da BRADESCO SAÚDE, com o coeficiente 1 (um) aplicável aos honorários e aos serviços médicos;
- Rede Referenciada Preferencial da região contratada, conforme definido no item 7.5; e
- reembolso de despesas hospitalares limitado à TSH, com o coeficiente 1 (um) aplicável aos serviços hospitalares.

6.5.2. Empresarial Top Preferencial Quarto (421553992):

- tipo de acomodação quarto individual;
- reembolso de honorários e serviços médicos limitado à THSM da Rede Preferencial da BRADESCO SAÚDE, com o coeficiente 1 (um) aplicável aos honorários e aos serviços médicos, independentemente de o paciente ter sido ou não internado;
- Rede Referenciada Preferencial da região contratada, conforme definido no item 7.5; e
- reembolso de despesas hospitalares limitado à TSH, com o coeficiente 1 (um) aplicável aos serviços hospitalares.

6.6. O padrão Top Preferencial Plus poderá ser:

6.6.1. Empresarial Top Preferencial Plus Enfermaria (439815027):

- tipo de acomodação enfermaria;
- reembolso de honorários e serviços médicos limitado à THSM da Rede Preferencial Plus da BRADESCO SAÚDE, com o coeficiente 1 (um) aplicável aos honorários e aos serviços médicos;
- Rede Referenciada Preferencial Plus da região contratada, conforme definido no item 7.6; e
- reembolso de despesas hospitalares limitado à TSH, com o coeficiente 1 (um) aplicável aos serviços hospitalares.

6.6.2. Empresarial Top Preferencial Plus Quarto (439814029):

- tipo de acomodação quarto individual;
- reembolso de honorários e serviços médicos limitado à THSM da Rede Preferencial Plus da BRADESCO SAÚDE, com o coeficiente 1 (um) aplicável aos honorários e aos serviços médicos;
- Rede Referenciada Preferencial Plus da região contratada, conforme definido no item 7.6; e
- reembolso de despesas hospitalares limitado à TSH, com o coeficiente 1 (um) aplicável aos serviços hospitalares.

6.7. A BRADESCO SAÚDE dispõe de outros padrões de seguro, todos devidamente registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que poderão ser contratados, mediante termo de aditamento celebrado entre as partes.

6.8. Tabela de Tipos de Acomodação, de Coeficientes e de Rede Referenciada, por Padrão de Seguro

Padrões de Seguro	Código do Plano	Tipos de Acomodação	Coeficientes de Reembolso de Honorários e Despesas Médicas				Coeficiente de Reembolso de Despesas Hospitalares	Rede Referenciada
			Paciente Não Internado		Paciente Internado			
			Hon.	Serv.	Hon.	Serv.		
Empresarial Top Nacional Enfermaria	TNE1	Enfermaria	1	1	1	1	1	Nacional
Empresarial Top Nacional Quarto	TNQ2	Quarto Individual	1	1	2	1	1	Nacional
Empresarial Top Nacional Plus 3	NPO3	Quarto Individual	3	3	6	6	1,4	Nacional Plus
Empresarial Top Preferencial Enfermaria	TEPE	Enfermaria	1	1	1	1	1	Preferencial
Empresarial Top Preferencial Quarto	TEPQ	Quarto Individual	1	1	1	1	1	Preferencial
Empresarial Top Preferencial Plus Enfermaria	TPPE	Enfermaria	1	1	1	1	1	Preferencial Plus
Empresarial Top Preferencial Plus Quarto	TPPQ	Quarto Individual	1	1	1	1	1	Preferencial Plus

6.9. Para efeito de aplicação do coeficiente de reembolso, são considerados serviços médicos os procedimentos relacionados no Capítulo III (Diagnose e Terapia) da THSM, correspondente ao padrão de seguro contratado.

6.10. **As despesas médico-hospitalares efetuadas no exterior serão reembolsadas em moeda nacional, ao câmbio de venda do dia da efetiva entrega dos relatórios e recibos à *seguradora*, de conformidade com o padrão de seguro contratado, e mediante apresentação de documentação que caracterize perfeitamente o evento e as correspondentes despesas médico-hospitalares.**

CRC – Central de Relacionamento com o Cliente: 0800 701 2700 / Ouvidoria: 0800 701 7000
SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 727 9966 / CAS – Central de Atendimento ao Surdo: 0800 701 2708

ANS - nº 005711

7. MODALIDADES DE ATENDIMENTO

7.1. Livre Escolha de Prestadores de Serviço

Quando o *segurado* utilizar um prestador de serviços que não fizer parte da Rede Referenciada, ou quando não houver autorização prévia da *seguradora* para atendimento na Rede Referenciada, o pagamento dos serviços será sempre feito por reembolso ao *segurado*, para eventos cobertos pelo seguro, de acordo com os limites do padrão de seguro contratado.

7.2. Atendimento na Rede Referenciada

Quando o *segurado* não utilizar o sistema de reembolso e recorrer à Rede Referenciada, o pagamento dos serviços médico-hospitalares poderá ser feito pela *seguradora*, por conta e ordem do *segurado*, quando ficar perfeitamente caracterizada a cobertura do evento médico-hospitalar.

7.2.1. **Em se tratando de internação hospitalar em instituição referenciada, a seguradora poderá pagar as despesas diretamente ao hospital e aos médicos 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.**

7.2.2. A utilização dos serviços de médicos, clínicas, hospitais e laboratórios do sistema referenciado será feita de acordo com o tipo de Rede Referenciada prevista para o padrão de seguro escolhido pelo *estipulante* e definido na proposta de seguro, para cada grupo segurável.

7.2.3. **A organização das Redes Referenciadas levará em conta as possibilidades de credenciamento de profissionais e instituições médicas locais, obedecendo, ainda, à disponibilidade da *seguradora*.**

7.3. A BRADESCO SAÚDE dispõe de 4 (quatro) tipos de Rede Referenciada, a saber:

a) Rede Referenciada Nacional;
b) Rede Referenciada Nacional Plus;
c) Rede Referenciada Preferencial; e
d) Rede Referenciada Preferencial Plus.

7.3.1. ***Rede Referenciada Nacional***

7.3.1.1. A Rede Referenciada Nacional oferece ao *segurado* diversos consultórios médicos, clínicas, serviços de diagnóstico, prontos-socorros, laboratórios e hospitais, em diversas especialidades, **no território nacional**.

7.3.2. A Rede Referenciada Nacional consta de Lista de Referência específica.

7.3.2.1. O *segurado* poderá recorrer a atendimento médico-hospitalar referenciado em qualquer localidade do país, além daquela relativa ao domicílio indicado na proposta, observado o disposto no subitem 7.2.3.

7.4. Rede Referenciada Nacional Plus

7.4.1. A Rede Referenciada Nacional Plus oferece ao *segurado* diversos consultórios médicos, clínicas, serviços de diagnóstico, prontos-socorros, laboratórios e hospitais, em variadas especialidades, com extensão de referenciamento no Brasil superior à prevista na Rede Referenciada Nacional.

7.4.1.2. O *segurado* poderá recorrer a atendimento médico-hospitalar referenciado em qualquer localidade do país, além daquela relativa ao domicílio indicado na proposta, observado o disposto no subitem 7.2.3.

7.5. Rede Referenciada Preferencial

7.5.1. A Rede Referenciada Preferencial oferece ao segurado diversos consultórios médicos, clínicas, serviços de diagnóstico, laboratórios, prontos-socorros e hospitais, em diversas especialidades, **com localização restrita ao grupo de municípios escolhido pelo *estipulante* e discriminado na proposta de seguro.**

7.5.2. A Rede Referenciada Preferencial, de amplitude específica, consta em Listas de Referência próprias, de cada um dos grupos de municípios.

7.5.2.1. **A organização das Redes Referenciadas levará em conta as possibilidades de credenciamento de profissionais e instituições médicas locais, obedecendo, ainda, à disponibilidade da *seguradora*.**

7.5.3. Quando atendido por profissional ou instituição que não integre a Lista Referenciada Preferencial da região contratada, o *segurado* terá direito ao reembolso das despesas médico-hospitalares cobertas pelo seguro, até os limites previstos naquele padrão.

7.5.3.1. O *segurado* poderá utilizar-se de profissionais e instituições que integrem a Rede Referenciada Preferencial de grupo de municípios diferente do contratado, **nos casos caracterizados como de emergência ou urgência, assim considerados aqueles definidos nos itens 2.11 e 2.33 destas Condições Gerais, respectivamente.**

7.6. Rede Referenciada Preferencial Plus

7.6.1. A Rede Referenciada Preferencial Plus oferece ao *segurado* diversos consultórios médicos, clínicas, serviços de diagnóstico, laboratórios, prontos-socorros e hospitais, em diversas especialidades, **com localização restrita a determinadas regiões do país**.

7.6.2. A Rede Referenciada Preferencial Plus, de amplitude específica, consta em Listas de Referência próprias, de cada um dos grupos de municípios.

7.6.2.1. **A organização das Redes Referenciadas levará em conta as possibilidades de credenciamento de profissionais e instituições médicas locais, obedecendo, ainda, à disponibilidade da *seguradora*.**

7.6.3. Quando atendido por profissional ou instituição que não integre a Lista Referenciada Preferencial Plus, o *segurado* terá direito ao reembolso das despesas médico-hospitalares cobertas pelo seguro, até os limites previstos naquele padrão.

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 0800 701 2700 / Ouvidoria: 0800 701 7000
SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 727 9966 / CAS - Central de Atendimento ao Surdo: 0800 701 2708

ANS - nº 005711

7.6.3.1. O *segurado* poderá utilizar-se de profissionais e instituições que integrem a Rede Referenciada Preferencial Plus de grupo de municípios diferente daquele contratado, nos casos caracterizados como de emergência ou urgência, assim considerados aqueles definidos nos itens 2.11 e 2.33 destas Condições Gerais, respectivamente.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO E PAGAMENTO DO PRÊMIO

8.1. **O *estipulante* e o proponente a *segurado* assumem a responsabilidade por todas as informações prestadas na proposta e nos cartões-proposta, cientes do que dispõe a Cláusula 10 destas Condições Gerais.**

8.2. Caso o *estipulante* desista do seguro coletivo, até 15 (quinze) dias após a entrega da proposta à *seguradora*, o prêmio pago antecipadamente lhe será restituído pela *seguradora*, atualizado monetariamente pela Taxa Referencial de juros (TR), calculada, *pro rata*, da data da contratação até o dia da efetiva restituição, deduzido o valor dos tributos pagos.

8.3. **Ao emitir a apólice e os subseqüentes certificados, 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 cartões-proposta, assinados pelo proponente a *segurado* titular, do grupo segurável.**

8.3.1. **Na hipótese de haver opção por padrões de seguro diferentes para o grupo segurável, estes serão determinados em decorrência comprovada de igualdade ou similaridade de salário, cargo ou função.**

8.3.2. **O padrão de seguro escolhido por ocasião da aceitação do seguro será uniforme para todas as garantias e para a totalidade de componentes do grupo segurável.**

8.3.3. **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.**

8.4. Para cálculo do prêmio do grupo segurável, será utilizada a modalidade de custo médio, conforme definido adiante:

8.4.1. O valor total do prêmio inicial será obtido da seguinte forma:

a) multiplica-se, separadamente, por padrão de seguro, 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;

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 0800 701 2700 / Ouvidoria: 0800 701 7000
SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 727 9966 / CAS - Central de Atendimento ao Surdo: 0800 701 2708

ANS - nº 005711

- 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, por cada padrão de seguro; e

c) divide-se a quantidade apurada, a partir do cálculo definido na alínea "a", pela quantidade obtida na alínea "b" e obtém-se o valor do custo médio de cada padrão de seguro.

8.5. O pagamento do prêmio deverá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil do mês em que houver expediente bancário.

8.6. **Qualquer pagamento em atraso será efetuado pelo valor do prêmio vencido, acrescido de multa de 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez, e juros de mora à taxa de 12% (doze por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia, da data do vencimento até a data do efetivo pagamento. Adicionalmente, incidirá atualização monetária sobre o valor do prêmio não pago, com aplicação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPC-A), da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (FIBGE), da data do vencimento até a data do efetivo pagamento.**

Na falta, extinção ou proibição de uso do IPC-A, 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.

8.6.1. Se houver atraso na quitação do prêmio por prazo superior a 30 (trinta) dias, as coberturas previstas na apólice ou em seus(s) aditamento(s) serão automaticamente e de pleno direito suspensas, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição da parcela já paga, não isentando o *estipulante* da cobrança do prêmio em atraso nem da restituição dos valores dos sinistros ocorridos e pagos após a data da interrupção dos pagamentos de prêmios devidos.

8.7. A *seguradora* adotará a forma e modalidade de cobrança que melhor atenda às suas necessidades, inclusive através de estabelecimentos bancários.

8.8. As inclusões ou exclusões de *segurados*, para efeito de faturamento, serão computadas no mês subseqüente ao 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).

8.9.. Durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida, **o filho do *segurado*** terá direito às coberturas desta apólice, independentemente de sua inclusão no seguro.

8.9.1. O neto de *segurado* titular, filho de dependente incluído no seguro, na época do nascimento, também terá direito às coberturas previstas nesta apólice, mas somente durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida.

8.10. **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, conforme consta da Cláusula 10 das Condições Gerais desta apólice.**

8.10.1. **Quando o *estipulante* optar pelo cancelamento da apólice, obedecido o disposto no subitem 10.1.1, este deverá manifestar-se expressamente perante a *seguradora*, que atenderá o seu pedido, desde que não haja parcela(s) vencida(s) e não paga(s), pois, nesta hipótese, a *seguradora* procederá à cobrança desse(s) prêmio(s), conforme previsto no item 8.10.**

8.10.2. Deverá ser restituído à *seguradora*, pelo *estipulante*, o valor dos sinistros ocorridos e pagos após a data de interrupção do pagamento do(s) prêmio(s) devido(s), em decorrência da utilização do seguro por qualquer de seus participantes. Em nenhuma hipótese caberá a restituição de qualquer prêmio já pago.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1. A data de início de vigência da apólice coincidirá com a requerida pelo *estipulante*, na proposta, uma vez ratificada pela seguradora.

9.2. O início da cobertura, para os *segurados* titulares e respectivos dependentes que já integravam o grupo segurável na época da contratação do seguro, ocorrerá na mesma data do início de vigência da apólice.

9.3. O início da cobertura para pessoas que ingressem no grupo segurável após a data do início desta apólice coincidirá com a data do ingresso, desde que o pedido de inclusão seja feito pelo *estipulante* no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados de sua elegibilidade: admissão, casamento ou nascimento/adoção.

9.3.1. É vedada a inclusão de segurados após esse prazo. O não-cumprimento dessa determinação implicará em descaracterizar a compulsoriedade do grupo homogêneo.

9.4. Sem embargo do disposto na alínea "e" do item 10.1, a *seguradora* poderá substituir este contrato de inclusão compulsória por outro que preveja a adesão opcional, caso o *estipulante* inclua alguma pessoa após 60 (sessenta) dias de seu ingresso no grupo segurável.

9.5. A vigência desse seguro será de 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura da proposta de seguro, pelo *estipulante*, e desde que ratificada pela seguradora na emissão da apólice.

9.6. Este seguro será renovado automaticamente por períodos anuais, caso não haja manifestação de qualquer das partes, por escrito, e com antecedência mínima de 30

(trinta) dias do término de sua vigência e não caberá a cobrança de qualquer outro valor, por este motivo.

10. CANCELAMENTO DA APÓLICE DE SEGURO

10.1. **A apólice de seguro estará sujeita a cancelamento, sem direito à devolução dos prêmios pagos, nos seguintes casos:**

a) **quando a apólice coletiva reduzir-se a menos de 100 (cem) pessoas sob sua cobertura;**
b) **se alguma parcela for paga por meio de cheque sem fundos ou permanecer pendente de pagamento por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, a cada ano de vigência do seguro;**
c) **por fraude ou dolo, mediante comunicação escrita por parte da seguradora;**
d) **por inobservância das obrigações convencionadas nestas Condições Gerais;** ou
e) **se o pedido da inclusão de pessoas do grupo segurável no seguro ocorrer após o prazo de 60 (sessenta) dias de sua elegibilidade, acarretando a descaracterização da compulsoriedade.**

10.1.1. **A apólice poderá ser cancelada, por qualquer das partes, desde que comunicado por escrito e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término de sua vigência.**

10.2. **O certificado de seguro será cancelado:**
a) **em caso de morte do *segurado* titular que não tenha dependente incluído no seguro, na data do falecimento, e cujo pedido tenha sido encaminhado pelo *ESTIPULANTE*;**
b) **em caso de o *segurado* deixar de pertencer ao grupo segurável, informação esta que deverá ser encaminhada pelo *ESTIPULANTE* à *seguradora*;**
c) **por inexatidão ou omissão, no preenchimento da proposta de seguro ou do cartão-proposta, que tenha influenciado na aceitação do seguro, especialmente no que concerne à idade do segurado titular, ou de seus dependentes do grupo segurado;**
d) **após a vigência da Cobertura Especial de Remissão por Morte do Segurado Titular, de que trata a Cláusula 16; ou**
e) **em qualquer dos casos citados nas alíneas "c", "d" e "e" do item 10.1.**

10.3. **Se a apólice for integralmente cancelada e desde que a seguradora esteja comercializando seguro individual ou familiar, os *segurados* titulares e seus dependentes inscritos até a data deste cancelamento, poderão contratar este produto, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que essa contratação se dê em até 30 (trinta) dias após o cancelamento.**

Compete ao *estipulante* informar ao segurado que a opção pela contratação individual deve se dar em até 30 (trinta) dias do cancelamento deste seguro.

10.3.1. Não será concedido o direito ao aproveitamento de carência, por ocasião da contratação do seguro individual ou familiar, caso a empresa *estipulante* tenha contratado ou já possua outro seguro de assistência médica e hospitalar empresarial para seus funcionários, com outra operadora de planos ou seguros de saúde.

10.4. Na hipótese de encerramento do seguro contratado, 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, bem como por penalidades ou multas, honorários, custas judiciais, juros, etc, em decorrência de qualquer medida judicial e/ou administrativa contra a **BRADESCO SAÚDE**, que envolva os segurados desta apólice, obrigando-se a ressarci-la, após a comunicação da respectiva ocorrência, de todos os valores que a **BRADESCO SAÚDE** venha a despender em razão de condenações judiciais ou administrativas decorrentes de ações propostas por quaisquer dos segurados;

b) Assumir a responsabilidade por todos os custos decorrentes de sinistros, penalidades ou multas, honorários, custas judiciais, juros oriundos das ações judiciais 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; e

c) Reembolsar à **BRADESCO SAÚDE** todos os valores que esta vier a reembolsar ao Sistema Único de Saúde, a título de Ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei 9.656/98 e que se refiram a atendimentos prestados aos segurados.

11. REAJUSTE FINANCEIRO DO PRÊMIO

11.1. O reajuste financeiro do prêmio terá por base a variação dos custos médicos e hospitalares, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro, segundo índices auditados por instituição externa idônea. O percentual apurado para o reajuste do prêmio será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, conforme previsto na Resolução Normativa RN nº 99, de 27.05.2005 em seu art. 7º, ou em ato normativo que vier a substituí-la.

11.2. 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.

11.3. A periodicidade do reajuste financeiro do prêmio é anual, sendo aplicado na data base, salvo quando vigorar prazo diverso estabelecido em legislação federal.

11.4. O reajuste financeiro ocorrerá a partir do dia 1º (primeiro) do mês em que for aplicável.

12. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE

Independente do disposto na Cláusula 11, semestralmente, o prêmio do seguro será reajustado, em função da sinistralidade, com o objetivo de manter o equilíbrio técnico-atuarial desta apólice. O percentual apurado para o reajuste do prêmio será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, conforme previsto na Resolução Normativa RN nº 99, de 27.05.2005 em seu art. 10, ou em ato normativo que vier a substituí-la.

Para fins do enquadramento da apólice na faixa de vidas seguradas, será considerado o último mês do período apurado.

12.1. **Exclusivamente para as apólices com até 500 (quinhentas) vidas seguradas, deverão ser obedecidas as condições a seguir.**

12.1.1. Os reajustes ocorrerão nos meses de julho e janeiro, considerando os sinistros retidos e os prêmios pagos, respectivamente, dos períodos de dezembro a maio e de junho a novembro.

12.1.2. Somente serão reavaliadas as apólices com mais de 5 (cinco) meses de vigência.

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

12.1.4. As apólices serão reavaliadas com base na sinistralidade das demais apólices coletivas empresariais que tenham até 500 (quinhentas) vidas, considerando-se a seguinte fórmula:

$$I = \frac{SRG}{YxPPG}$$

Onde:

I **= índice de correção para o prêmio vigente;**
SRG **= soma dos sinistros retidos, no semestre, das apólices com até 500 (quinhentas) vidas seguradas;**
PPG **= soma dos prêmios pagos, no semestre, das apólices com até 500 (quinhentas) vidas seguradas; e**
Y **= fator variável acordado entre as partes e constante da proposta de seguro.**

12.1.4.1. Sempre que o índice para a correção do prêmio vigente for maior do que 1 (um), os prêmios serão reajustados pelo índice apurado, ficando este reajuste limitado a 1,50 (um vírgula cinqüenta), isto é, o aumento máximo será de 50% (cinqüenta por cento) do prêmio vigente.

12.2. **Para as apólices com quantidade de vidas seguradas entre 501 (quinhentas e uma) e 1.000 (mil), deverão ser consideradas as condições a seguir.**

12.2.1. Na 1ª (primeira) reavaliação, serão ignorados os sinistros retidos e os prêmios pagos dos 2 (dois) primeiros meses. Sendo assim, o 1º (primeiro) período apurado compreenderá o 3º (terceiro), 4º (quarto), 5º (quinto) e 6º (sexto) meses de vigência da

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 0800 701 2700 / Ouvidoria: 0800 701 7000
SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 727 9966 / CAS - Central de Atendimento ao Surdo: 0800 701 2708

ANS - nº 005711

apólice, com aplicação do resultado no faturamento do 8º (oitavo) mês de vigência da apólice.

12.2.2. As reavaliações subseqüentes à do 1º (primeiro) período serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 6 (seis) meses seguintes ao do último período reavaliado. A aplicação do reajuste ocorrerá sempre no 2º (segundo) mês após o último mês considerado na apuração do índice de reajuste semestral.

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

12.2.4. As reavaliações serão efetuadas tomando-se por base as condições previstas na Cláusula 12 e subitens 12.2.1, 12.2.2 e 12.2.3, obedecendo a fórmula a seguir.

$$I = \frac{\left(0{,}3x\frac{SRI}{PPI}\right)+\left(0{,}7x\frac{SRG}{PPG}\right)}{Y}$$

Onde:
***I* = índice de correção para o prêmio vigente;**
***SRI* = soma dos sinistros retidos, no semestre, da apólice reavaliada;**
***SRG* = soma dos sinistros retidos, no semestre, das apólices com a quantidade de vidas seguradas compreendidas na mesma faixa da apólice reavaliada;**
***PPI* = soma dos prêmios pagos, no semestre, da apólice reavaliada;**
***PPG* = soma dos prêmios pagos, no semestre, das apólices com quantidade de vidas seguradas compreendidas na mesma faixa da apólice reavaliada; e**
***Y* = fator variável acordado entre as partes e constante da proposta de seguro.**

12.2.4.1. Sempre que o índice para a correção do prêmio vigente for maior do que 1 (um), os prêmios serão reajustados pelo índice apurado, ficando este reajuste limitado a 1,50 (um vírgula cinqüenta), isto é, o aumento máximo será de 50% (cinqüenta por cento) do prêmio vigente.

***12.3.* Para as apólices que tenham mais de 1.000 (mil) vidas seguradas, deverão ser obedecidas as condições a seguir.**

12.3.1. Na 1ª (primeira) reavaliação, serão ignorados os sinistros retidos e os prêmios pagos dos 2 (dois) primeiros meses. Sendo assim, o 1º (primeiro) período apurado compreenderá o 3º (terceiro), 4º (quarto), 5º (quinto) e 6º (sexto) meses de vigência da apólice, com aplicação do resultado no faturamento do 8º (oitavo) mês de vigência da apólice.

12.3.2. As reavaliações subseqüentes à do 1º (primeiro) período serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 6 (seis) meses seguintes ao do último período reavaliado. A aplicação do reajuste ocorrerá sempre no 2º (segundo) mês após o último mês considerado na apuração do índice de reajuste semestral.

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

12.3.4. As reavaliações serão efetuadas tomando-se por base as condições previstas na Cláusula 12 e subitens 12.3.1, 12.3.2 e 12.3.3, obedecendo a fórmula a seguir.

$$I = \frac{SRI}{YxPPI}$$

Onde:

***I* = índice de correção para o prêmio vigente;**
***SRI* = soma dos sinistros retidos, no semestre, da apólice reavaliada;**
***PPI* = soma dos prêmios pagos, no semestre, da apólice reavaliada; e**
***Y* = fator variável acordado entre as partes e constante da proposta de seguro.**

12.3.4.1. Sempre que o índice para a correção do prêmio vigente for maior do que 1 (um), os prêmios serão reajustados pelo índice apurado, ficando este reajuste limitado a 1,50 (um vírgula cinqüenta), isto é, o aumento máximo será de 50% (cinqüenta por cento) do prêmio vigente.

13. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

13.1. Em caso de divergência de natureza médica sobre o direito às coberturas previstas na apólice, garante-se ao *segurado* e à *seguradora* a prerrogativa de requerer a formação de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela *seguradora*, outro pelo *segurado*, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados.

13.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que designar, e os do terceiro serão pagos pela *seguradora*.

14. 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.

14.1. Segurado Não Contributário

Nestes casos, os componentes do grupo segurável não pagam qualquer prêmio, recaindo o ônus do seguro, totalmente, sobre o *estipulante*. O *segurado* não é considerado contributário quando houver a sua co-participação, única e exclusivamente, no valor do procedimento, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar. O mesmo se aplica aos casos em que o titular pagar somente o custo de participação de seus dependentes.

14.2. Segurado Contributário

Será considerado *segurado* contributário aquele que:

a) pagar a totalidade ou parte de seu prêmio mensal ou de seus dependentes, se houver; e/ou

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 0800 701 2700 / Ouvidoria: 0800 701 7000
SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 727 9966 / CAS - Central de Atendimento ao Surdo: 0800 701 2708

ANS - nº 005711

b) pagar a parcela do prêmio mensal referente à diferença entre o prêmio integralmente pago pelo *estipulante* para o Padrão de Seguro concedido por ele ao grupo segurável e o Padrão de Seguro com coberturas mais amplas (*upgrade*) pelo qual o *segurado* titular tenha optado para seu grupo familiar.

14.2.1. Ao *segurado* contributário do seguro de assistência médico-hospitalar, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho pelo *estipulante*, sem justa causa, é assegurada a manutenção de sua condição de beneficiário, no seguro contratado pelo *estipulante,* nas mesmas condições de cobertura de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral dos prêmios.

14.2.1.1. 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.

14.2.1.2. A manutenção de que trata esta cláusula é extensiva ao *segurado* titular e seus dependentes inscritos quando da vigência do contrato de trabalho.

14.2.1.3. Em caso de morte do titular, durante o período assegurado, o direito de permanência também é garantido aos dependentes cobertos pelo seguro, nos termos do disposto nesta Cláusula.

14.2.1.4. O direito assegurado nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos *segurados*, decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

14.2.2. Ao *segurado* contributário aposentado cujo vínculo empregatício tenha sido de, no mínimo, 10 (dez) anos é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, na apólice coletiva firmada pelo *estipulante*, nas mesmas condições de cobertura de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral dos prêmios.

14.2.2.1. 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.

14.2.2.2. Para gozo do direito assegurado nos subitens 14.2.2 e 14.2.2.1, observam-se as mesmas condições estabelecidas nos subitens 14.2.1.2, 14.2.1.3 e 14.2.1.4.

14.2.3. Os segurados demitidos e os aposentados que optarem por exercer seus direitos, conforme definido nos subitens 14.2.1 e 14.2.2, continuarão vinculados à apólice mantida pelo *estipulante*.

14.2.3.1. É facultada a manutenção, em um mesmo seguro, para empregados ativos, aposentados e/ou exonerados, desde que a decisão seja tomada em acordo formal, firmado entre a empresa empregadora e os empregados ativos ou seus representantes legalmente constituídos.

14.2.3.2. **Quando houver o cancelamento da apólice dos empregados ativos, a apólice dos inativos e/ou exonerados também será automaticamente cancelada.**

14.2.4. **Para efeito da reavaliação do prêmio, serão considerados os sinistros e prêmios de todos os *segurados*, sejam eles ativos, aposentados ou ex-funcionários demitidos sem justa causa.**

14.2.4.1. **O prêmio dos *segurados* aposentados e dos demitidos sem justa causa será reajustado no mesmo mês em que ocorrer reajuste no prêmio do seguro contratado pelo *estipulante* e no mesmo percentual.**

14.2.5. **O cancelamento dos seguros dos aposentados e dos funcionários demitidos sem justa causa que exercerem seus direitos de permanência no seguro ocorrerá:**
a) **no término do prazo previsto no subitem 14.2.1.1;**
b) **no término do prazo previsto no subitem 14.2.2.1;**
c) **quando o ex-funcionário (demitido ou aposentado) for admitido em novo emprego;**
d) **se o ex-funcionário (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
e) **quando a apólice de seguro for cancelada.**

14.2.6. É de responsabilidade do *estipulante* o oferecimento ao exonerado demitido ou aposentado, no ato da rescisão contratual, do seu direito à permanência no seguro, obedecido o disposto neste item, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento.

15. ALTERAÇÃO DO PADRÃO DE SEGURO

15.1. É facultado ao *estipulante* solicitar à *seguradora*, mediante ajuste do prêmio, a mudança do padrão de seguro que tenha contratado sob a forma prevista na Cláusula 6, de que resulte alteração no tipo de acomodação hospitalar, no coeficiente de reembolso de honorários médicos ou no modelo de Rede Referenciada. A *seguradora* analisará a solicitação, podendo ou não autorizá-la.

15.2. A BRADESCO SAÚDE cobrará do *estipulante* o valor total das contribuições mensais contratuais, fornecendo-lhe as informações necessárias para que possa identificar os *segurados* que optaram por ampliação no padrão de seguro.

Será de responsabilidade do *estipulante* cobrar do *segurado* a diferença entre:
a) o valor do prêmio no novo padrão de seguro a que o *segurado* tenha aderido; e
b) o valor correspondente ao padrão do seguro contratado para o grupo segurável de que ele faça parte.

15.3. **Os *segurados* que optarem por um padrão de seguro superior, desde que previsto na proposta de seguro acordada com o *estipulante*, após 60 (sessenta) dias a partir da data de seu início no seguro, cumprirão as carências descritas a seguir, permanecendo, neste ínterim, sob a cobertura do padrão anterior:**
a) **180 (cento e oitenta) dias para cirurgias em geral e internações clínicas;**

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 0800 701 2700 / Ouvidoria: 0800 701 7000
SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 727 9966 / CAS - Central de Atendimento ao Surdo: 0800 701 2708

ANS - nº 005711

b) **180 (cento e oitenta) dias para hemodiálise e diálise peritoneal, radioterapia e quimioterapia;**
c) **180 (cento e oitenta) dias para transplantes e implantes de qualquer natureza, cirurgias neoplásicas malignas e as seguintes doenças crônicas: diabetes, insuficiência renal, doença pulmonar obstrutiva crônica, cirrose hepática e doenças neurológicas;**
d) **180 (cento e oitenta) dias para cirurgias cardíacas, vasculares e neurológicas (inclusive hérnia de disco intervertebral);**
e) **180 (cento e oitenta) dias para doenças infecto-contagiosas (inclusive Aids);** e
f) **300 (trezentos) dias para parto a termo.**

15.3.1. Os *segurados* que optarem por um novo padrão de seguro dentro do prazo de 60 (sessenta) dias, a partir da data de elegibilidade ao novo padrão, estarão isentos das carências descritas neste item.

15.4. As alterações contratuais somente terão validade quando solicitadas por escrito pelo *estipulante*, e ratificadas pela *seguradora* e não acarretarem a descaracterização do grupo segurável.

15.5. Alterações contratuais que signifiquem modificação no valor do prêmio somente produzirão efeito a partir do mês seguinte ao de sua confirmação pela *seguradora*. Caso a alteração implique devolução total ou parcial do prêmio, o valor dos impostos incidentes e pagos será deduzido da parcela a ser restituída.

16. REMISSÃO

A Cobertura de Remissão por Morte do Segurado Titular garante, sem pagamento de prêmio, a permanência no seguro, por até 1 (um) ano, daqueles dependentes que se enquadram na definição do item 2.30 das Condições Gerais dessa apólice, desde que:
a) o falecimento tenha decorrido de evento passível de cobertura pelo seguro;
b) a cobertura contratual não esteja suspensa por motivo de atraso no pagamento de algum prêmio; e
c) o vínculo previsto no item 2.29 destas Condições Gerais esteja mantido com o *estipulante* na data do falecimento, e que possa ser comprovado.

16.1. **O benefício da remissão não implicará dispensa do cumprimento de prazos de carência que estejam sendo cumpridos em decorrência do que prevê o item 15.3 destas Condições Gerais.**

16.2. O *segurado* perderá o benefício da remissão nas seguintes situações:
a) quando o beneficiário, durante o período de remissão, perder a condição que o caracterizava como dependente do titular;
b) aos beneficiários, de uma maneira geral, após o decurso do período de remissão; ou
c) se verificada a ocorrência de qualquer das situações previstas na Cláusula 10 destas Condições Gerais.

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 0800 701 2700 / Ouvidoria: 0800 701 7000
SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 727 9966 / CAS - Central de Atendimento ao Surdo: 0800 701 2708

ANS - nº 005711

16.3. **Não terão direito à cobertura especial de remissão os dependentes incluídos na apólice nos 12 (doze) meses anteriores ao falecimento do *segurado* titular, a não ser que a morte tenha decorrido de acidente pessoal. Exceção será feita ao(à) filho(a) do titular que tiver nascido ou sido efetivamente adotado(a) nesses 12 (doze) meses ou após a data de seu óbito, e ao cônjuge comprovadamente elegível nesse período e incluído no seguro no prazo previsto no item 9.3.**

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

16.5. Esta cobertura é concedida a *segurados* titulares de qualquer padrão de seguro contratado, sem acréscimo no valor do prêmio.

16.6. **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.**

16.7. Para os benefícios decorrentes desta cláusula, consideram-se dependentes apenas aqueles segurados que se enquadram na definição do item 2.30 destas Condições Gerais, assim considerados aqueles informados na declaração do Imposto de Renda do segurado titular.

17. DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1. Nenhuma responsabilidade caberá à *seguradora* por atos culposos, dolosos ou acidentais que causem danos físicos ou morais ao *segurado*, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares integrantes de Listas de Referência da BRADESCO SAÚDE. Nenhum desses atos repercute no contrato de seguro, que será cumprido nos seus exatos termos.

17.2. **O pagamento de indenizações ficará suspenso enquanto houver inexatidão ou omissão de informações nas declarações constantes da documentação necessária à internação hospitalar ou à realização de procedimentos médicos, ou, ainda, nos documentos apresentados para reembolso de despesas médico-hospitalares.**

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.

17.3. **Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento de indenização devida pelo presente contrato de seguro, contados a partir do recebimento pela *seguradora* de toda a documentação e informações ou esclarecimentos solicitados ao *segurado* e que comprovem a ocorrência do sinistro por esta apólice e os prejuízos indenizáveis.**

Documentos necessários para solicitação de reembolso:

- ***Consulta Médica***

- **recibo original do médico constando: data, assinatura do médico, carimbo de identificação (mesmo para papel timbrado), números do CRM, CPF ou CNPJ (se pessoa jurídica), bem como a especificação do tipo de serviço e a data em que foi prestado. Tudo deve estar emitido em nome do segurado paciente.**

- ***Exame Complementar de diagnóstico***

- **originais da nota fiscal e do recibo das despesas, devidamente quitados e documentos originais discriminando os exames por preço e por unidade, emitidos em nome do segurado; e**
- **relatório médico informando a indicação clínica e a relação de exames realizados.**

- ***Atendimento Ambulatorial***

- **Recibo original do médico ou nota fiscal do hospital, devidamente quitados, constando data, assinatura, carimbo de identificação (mesmo em papel timbrado), números do CRM, CPF ou CNPJ (se pessoa jurídica) emitidos em nome do segurado paciente;**
- **Relatório médico especificando o diagnóstico, os resultados dos principais exames e o tipo de atendimento efetuado;**
- **Recibo original, devidamente quitado, relação de materiais e medicamentos utilizados e exames efetuados com preços por unidade, independentemente dos honorários médicos; e**
- **Laudo anatomopatológico da lesão, quando houver.**

- ***Internação e/ou parto***

- **Conta original, devidamente, na qual devem ser discriminadas todas as despesas, incluindo relação de materiais e medicamentos utilizados e, ainda, os exames efetuados, com preços por unidade, com as vias originais das notas fiscais, faturas ou recibo do hospital;**
- **Recibos originais e comprovantes de pagamento dos honorários obtidos de cada médico/profissional constando data, assinatura, carimbo de identificação (mesmo em papel timbrado), números do CRM, CPF ou CNPJ e ISS (se pessoa jurídica), bem como especificação do tipo de serviço executado (anestesia, cirurgia, instrumentação, etc.) e a data em que foi prestado, emitidos do segurado paciente. Caso os honorários médicos sejam cobrados pelo hospital estes deverão ser discriminados individualmente na conta hospitalar;**
- **Relatório médico justificando o tratamento e o tempo de permanência do paciente no hospital; e**
- **Laudo anatomopatológico da lesão, quando houver.**

- ***Remoção em ambulância***

- **Recibo original, devidamente quitado, emitido pela instituição que efetuou a remoção, em nome do segurado paciente, especificando a data do evento, os locais de saída, destino, a quilometragem percorrida e o tempo de espera, se houver; e**
- **Relatório médico especificando o diagnóstico e justificando a necessidade da remoção do segurado paciente, assim como os dados relativos à internação.**

- ***Fisioterapia***

- **Recibo original do fisioterapeuta, devidamente quitado, discriminado os tipos e a quantidade de sessões realizadas com seus respectivos valores, emitido em nome do segurado paciente, contendo a identificação do prestador de serviço, o número de registro do profissional e o seu CPF ou CNPJ (se pessoa jurídica); e**
- **Relatório médico especificando o diagnóstico da doença crônica ou lesão traumática motivadora do tratamento realizado e o tipo e a quantidade de sessões fisioterápicas indicadas.**

- ***Radioterapia e quimioterapia***

- **Recibo original da instituição, devidamente quitado, (nome, CRM, CPF ou CNPJ e ISS), discriminando o tipo e a quantidade de sessões realizadas com seus respectivos valores, emitidos em nome do segurado paciente; e**
- **Relatório médico especificando o diagnóstico, o tratamento realizado, a quantidade de sessões e a data em que ocorreram.**

17.4. **Ocorrendo a perda ou o extravio do Cartão de Identificação, o *estipulante* obriga-se a comunicar o fato à *seguradora*, por escrito, sendo responsável perante esta pelo uso indevido do seguro.**

17.5. **Considera-se uso indevido qualquer dano, não importando sua natureza, que resulte da utilização do Cartão de Identificação pelo próprio *segurado*, após o movimento do mês relativo à última parcela de prêmio paga, ou por terceiros, no caso de seu extravio.**

17.6. **Fica entendido como dívida líquida e certa em favor da seguradora qualquer atendimento prestado ao segurado titular, ou a seus dependentes, após o cancelamento do certificado de cobertura ou da rescisão do seguro contratado pelo *estipulante*.**

17.7. **A seguradora mediante expressa autorização do segurado/paciente, poderá a consultar entidades de direito público e privado, pessoas físicas e jurídicas, com o objetivo de obter informações relacionadas com a saúde dos segurados.**

17.8. O material explicativo intitulado Manual do Segurado, fornecido ao *estipulante* para distribuição aos segurados, contém esclarecimentos sobre providências que devem ser tomadas em caso de necessidade de recorrer às coberturas do Seguro BRADESCO SAÚDE. No que diz respeito a direitos e obrigações relacionados com o seguro

contratado, prevalecem exclusivamente as disposições constantes destas Condições Gerais.

17.9. **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 Resolução Normativa nº 21, de 12/12/2002, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ou outra norma que vier a substituí-la.**

17.10. As partes elegem o foro do domicílio do *estipulante*, em caso de litígio judicial.

18. TABELA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Em CRS – Coeficiente de Reembolso de Seguro)

O cálculo da Tabela de Serviços Hospitalares se procederá da seguinte forma: o valor da tabela multiplicado pelo valor do CRS-DH e pelo coeficiente informado na Tabela de Despesas Hospitalares correspondente ao produto contratado.

I. Diárias e Taxas Diversas

1. Diárias de Internação

Especificação	Cobertura Básica Hospital Referenciado (CRS-DH)
	Normal
Acomodação em quarto coletivo (enfermaria)	162,61
Acomodação em quarto individual, com banheiro privativo	285,38
Diária global para tratamento psiquiátrico em enfermaria*	384,45
Diária global para tratamento psiquiátrico em quarto*	499,68
Unidade intermediária	390,91
Unidade de terapia intensiva (UTI)	651,52
Acompanhante, incluído café da manhã	86,15
Berçário para recém-nascido, durante a permanência da mãe	81,84
Berçário para recém-nascido, após a alta da mãe	122,77
UTI neonatal	521,22

Observações:

- A primeira diária é indivisível a partir das 10h.
- A qualquer hora em que ocorra a internação hospitalar, será cobrada diária inteira, sendo válida até às 10h do dia seguinte.
- Nas diárias globais para tratamento psiquiátrico estão incluídas todas as despesas que se referem a uma internação hospitalar (honorários médicos, materiais, taxas

hospitalares, medicamentos etc.). Ultrapassado o período limite de cobertura previsto nestas Condições Gerais, será reembolsado 50% (cinqüenta por cento) do valor da diária global para o referido tratamento.

2. Taxas Diversas

Especificação	Cobertura Básica Hospital Referenciado (CRS-DH)
	Normal
Aspiração, diária, indivisível	48,46
Cardioversão	81,84
Equipamento para circulação extracorpórea	396,30
Esterilização	90,46
Injeção intramuscular	24,77
Injeção endovenosa	24,77
Instalação de respirador Bird	119,54
Instalação de respirador volumétrico	159,38
Instalação de soro hidratação venosa	24,77
Internação	68,92
Isolamento	86,15
Monitor cardíaco no centro cirúrgico (até porte 4)	227,23
Monitor cardíaco no centro cirúrgico (acima de porte 4)	334,92
Monitor cardíaco no leito (cobrança não válida para UTI, intermediária e coronariana)	274,61
Nebulização, por sessão	24,77
Preparo de alimentação enteral, por sessão	29,08
Preparo de alimentação parenteral, por sessão	44,15
Repouso no pronto-socorro de até 6 horas	68,92
Tração transesquelética, diária	8,62
Tricotomia	24,77
Unidade de anestesia geral	68,92
Uso de aspirador no centro cirúrgico e no leito	22,61

3. Outras Taxas (percentual aplicado sobre o valor limite do plano contratado)

Especificação	Percentual Aplicável
Administração	10% sobre todos os itens, exceto medicamentos
Anestesia	10% sobre o porte anestésico
Assepsia	10% sobre a taxa da sala
Enfermagem	10% sobre a diária (não inclui enfermagem particular)
Instrumentação	10% sobre a taxa da sala
Recuperação pós-anestésica	30% sobre a taxa da sala

II. Taxas de Sala (de cirurgia e de serviços ambulatoriais)

Porte da Sala	Cobertura Básica Hospital Referenciado (CRS-DH)
	Normal
Porte 0 (para sala de gesso, serviços ambulatoriais e paciente internado)	119,54
Porte 1	159,38
Porte 2	278,92
Porte 3	397,38
Porte 4	493,22
Porte 5	595,53
Porte 6	754,91
Porte 7	874,44

Observações:

- Nos sábados após as 12h, domingos, feriados e dias úteis no período das 19h às 7h, o valor da taxa será acrescido de 30% (trinta por cento).
- No caso de mais de uma intervenção cirúrgica no mesmo ato, o valor se baseará no da sala de maior porte. Não estão incluídos no valor da taxa de sala medicamentos e materiais de consumo ou descartáveis.
- O centro cirúrgico inclui serviço auxiliar de enfermagem e roupa.

III. Taxas de Berçário

Especificação	Cobertura Básica Hospital Referenciado (CRS-DH)
	Normal
Berçário aquecido, por hora	34,46
Curativo, durante a permanência materna	42,00
Fototerapia, diária, indivisível	108,77
Incubadora, sem valor do oxigênio, até 4h	101,23
Incubadora, sem valor do oxigênio, até 12h	248,76
Incubadora, sem valor do oxigênio, após 12h, diária	496,45

IV. Aluguéis

Especificação	Cobertura Básica Hospital Referenciado (CRS-DH)
	Normal
Artroscópio	157,23
Bisturi elétrico	48,46
Bisturi elétrico bipolar	78,61

Bomba infusora, diária, indivisível	134,61
Colchão d'água, diária, indivisível	29,08
Instrumental cirúrgico	82,92
Laparoscópio, endoscópio	119,54
Microscópio cirúrgico	96,92
Microscópio cirúrgico com fibra ótica	247,69
Monitor cardíaco em UTI, diária	211,07
Monitor de pressão intracraniana com *transducer* de fibra ótica	290,76
Perfurador elétrico, só para cirurgia de crânio	799,06
Respirador (Bird, Takaoka, Bennet e outros), sem oxigênio ou ar comprimido, diária	240,15
Respirador volumétrico, diária	396,30
Serra de gesso, só para retirada de gesso não colocado no hospital	38,77
Bandeja de anestesia (peridural, raquidiana, plexos e outros bloqueios)	46,31
Bandeja de assepsia (cobrança válida somente para centro cirúrgico)	16,15
Bandeja de cateterismo vesical	20,46
Bandeja de parada cardíaca (cobrança não válida para UTI, Unidade de Internação e Unidade Coronariana)	86,15
Bandeja de pequena cirurgia (de porte 2 ou maior, fora do centro cirúrgico)	86,15
Bandeja de pequena cirurgia (de portes 0 e 1, fora do centro cirúrgico)	46,31
Bandeja de punção articular, pleural ou abdominal	29,08
Bandeja de punção lombar	44,15
Bandeja de punção subclávia	46,31

V. Curativos

Especificação	**Cobertura Básica Hospital Referenciado (CRS-DH)**
	Normal
Pequeno ou oftálmico	34,46
Médio	62,46
Grande	123,84
Escoriada ou queimada (1 a 3 UT*)	53,85
Escoriada ou queimada (mais de 3 UT*)	62,46

* UT (Unidade Topográfica) = segmento do corpo facilmente delimitável, com área aproximada de 9% da superfície corporal.

VI. Remoções (sem cobertura para honorários médicos em ambulância, exceto nos do tipo UTI)

Tipo de Ambulância	Especificação	Cobertura Básica Hospital Referenciado (CRS-DH) Normal
Comum	Taxa inicial	78,61
	Km rodado	10,77
	Taxa de espera, por hora, indivisível	78,61
UTI	Taxa inicial	157,23
	Km rodado	10,77
	Taxa de espera, por hora, indivisível	157,23

VII. Outros Serviços (limite independente do plano)

Especificação	Tabela Utilizada
Aparelhos gessados	SBOT
Exames radiológicos e ultrassonografia	Bradesco/CBR
Medicamentos	Brasíndice/D.O.
Exames de laboratório e anatomia patológica; honorários médicos; materiais descartáveis; Serviços de Apoio de Diagnóstico e Tratamento (SADT)	Bradesco

SBOT = Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
Bradesco/CBR = Colégio Brasileiro de Radiologia
Brasíndice/D.O. = Guia Farmacêutico Diário Oficial

CRC – Central de Relacionamento com o Cliente: 0800 701 2700 / Ouvidoria: 0800 701 7000
SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 727 9966 / CAS – Central de Atendimento ao Surdo: 0800 701 2708

ANS - nº 005711

1. OBJETO E ÂMBITO GEOGRÁFICO

A **Assistência Pessoal** tem por objeto garantir o atendimento ao *segurado* do BRADESCO SAÚDE Empresarial Top Nacional Quarto e Empresarial Top Nacional Plus, residente e domiciliado no Brasil, quando em viagem no Brasil ou no Exterior, em caso de ocorrência de doenças com manifestação súbita e aguda ou em caso de acidentes, bem como de outros acontecimentos imprevistos mencionados nesta cobertura. Quando em viagem no Brasil, os serviços serão prestados **desde que o *segurado* se encontre a uma distância mínima de 100 (cem) quilômetros do município em que tenha residência permanente**.

2. EMPRESA PRESTADORA DE SERVIÇOS

A **Assistência Pessoal** será realizada através de empresa contratada pela BRADESCO SAÚDE, que colocará suas Centrais de Alarme à disposição do *segurado* 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionáveis por telefone pelo sistema de ligações a cobrar.

3. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

3.1. A **Assistência Pessoal** será prestada de acordo com a infra-estrutura do local da ocorrência, levando em conta, ainda, as leis e costumes do país ou do local do evento, a natureza do risco e a urgência requerida no atendimento.

3.2. A recorrência à **Assistência Pessoal** será feita mediante contato telefônico com uma das Centrais de Alarme, que adotará as providências cabíveis, nos termos dos itens 4 e 5 desta cobertura.

3.3. 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, através dos meios mais apropriados e imediatos, devendo, tão logo possível, telefonar para uma Central de Alarme, a fim de prestar informações necessárias.

3.3.1. A Empresa Prestadora de Serviços providenciará o reembolso das despesas cobertas, mediante apresentação de comprovantes, quando o *segurado* não puder acionar previamente uma Central de Alarme, em razão da urgência do evento devido ao risco de vida, ou ainda nas situações em que a Central de Assistência não possuir a infra-estrutura de profissionais necessária para a prestação do serviço solicitado.

3.3.2. As restituições serão calculadas tendo como limite de custo os valores estipulados em cada serviço.

3.4. Consideram-se *segurados* o titular e os dependentes incluídos na Apólice de Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar, que aderirem a esta cobertura mediante solicitação por escrito pelo *estipulante*.

3.5. A **Assistência Pessoal** poderá ser acionada, a critério exclusivo do *segurado*, mesmo que o evento esteja também abrangido pela cobertura de Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar. Em caso de opção do *segurado* pela **Assistência Pessoal**, a BRADESCO SAÚDE S.A. complementará, se for o caso, os valores relativos às despesas cobertas, até os limites de cobertura previstos na Apólice.

3.6. O *segurado* receberá da BRADESCO SAÚDE S.A. o cartão Assistência Pessoal para fins de identificação, podendo utilizá-lo para acionar a **Assistência Pessoal**, desde que esteja em dia com os pagamentos dos prêmios do Seguro de que trata o item 3.5.

3.7. Os pagamentos feitos no Exterior pela Empresa Prestadora de Serviços serão realizados em moeda local, observados os limites expressos em Reais, previstos nestas Condições, convertidos pelo câmbio do dia do pagamento.

4. COBERTURAS DISPONÍVEIS NO BRASIL E NO EXTERIOR

Os *segurados* terão à sua disposição, no Brasil e no Exterior, as seguintes coberturas:

4.1. Remoção Médica

Na hipótese de acidente ou doença do *segurado*, ocorrida durante a viagem, e de acordo com a natureza e gravidade dos ferimentos ou enfermidade, a Empresa Prestadora de Serviços se responsabilizará:

a) pela remoção do *segurado* para o hospital mais próximo do local da ocorrência; e
b) pela transferência do *segurado* para centro hospitalar mais adequado ao seu atendimento, a critério do médico assistente em comum acordo com a equipe médica da Empresa Prestadora de Serviços, podendo ser feita por ambulância, carro, avião comercial ou avião UTI. **A Transferência em avião UTI só será coberta quando realizada dentro de um mesmo continente, e se a natureza dos ferimentos ou enfermidade exigir esse meio de locomoção, a critério do médico assistente ou da equipe médica da Empresa Prestadora de Serviços.** Se necessário, um médico ou uma enfermeira deverá acompanhar o paciente.

4.2. Regresso Domiciliar por Razão Médica

Se o *segurado*, após tratamento no local da ocorrência, não estiver em condições de retornar à sua residência permanente como passageiro regular, **a critério do médico assistente em comum acordo com a equipe médica indicada pela Empresa Prestadora de Serviços**, esta organizará o regresso do *segurado*, pelo meio de transporte mais adequado às suas condições clínicas.

Com essa finalidade, a Empresa Prestadora de Serviços poderá, em nome do *segurado*, usar, negociar, providenciar, compensar, junto a companhias aéreas, marítimas e terrestres, ou a agentes de viagem e operadores turísticos, os bilhetes de transporte do *segurado*, sejam estes de tarifas integrais ou com limites especiais, de fretamentos ou excursões, dentro ou fora do prazo estipulado – de forma a assegurar o retorno do *segurado* à sua residência permanente.

4.3. Localização e Encaminhamento 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.

4.4. Ajuda Financeira por Extravio de Bagagem

Em caso de extravio de bagagens que estejam sob responsabilidade de companhias aéreas regulares, afiliadas à IATA, e que não sejam entregues ao *segurado* nas 48 horas subseqüentes à declaração de perda (PIR – Property Irregularity Report), a Empresa Prestadora de Serviços entregará ao *segurado* **o equivalente a R$200,00 (duzentos Reais) em vale-compras ou em moeda local**, para gastos emergenciais.

4.5. Passagem Aérea para Visita de Parente do Segurado

Se o *segurado* permanecer hospitalizado **por um período superior a 10 (dez) dias no Brasil ou a 5 (cinco) dias no Exterior**, estando desacompanhado, a Empresa Prestadora de Serviços colocará à disposição de um parente, ou uma pessoa indicada pelo *segurado*, residente no Brasil, um bilhete aéreo de linha comercial, classe econômica, de ida e volta, para que possa visitá-lo.

4.6. Hospedagem de Parente do Segurado

No caso de o *segurado* permanecer hospitalizado **por mais de 10 (dez) dias no Brasil, ou por mais de 5 (cinco) dias no Exterior, a Empresa Prestadora de Serviços** assumirá os gastos com a hospedagem da pessoa que se beneficiar da cobertura prevista no item anterior, no limite diário de até R$100,00 (cem Reais), por até 10 (dez) dias, para o pagamento de diárias de hotel, com exclusão de qualquer outra despesa.

4.7. Garantia de Viagem de Regresso

Quando o *segurado* possuir uma passagem de transporte aéreo com data ou limitação de regresso e, em razão de doença ou acidente, acompanhada pela equipe médica indicada pela Empresa Prestadora de Serviços, estiver obrigado a retardar seu regresso programado, a Empresa Prestadora de Serviços assumirá a diferença de tarifa, para o regresso do *segurado* ou para o prosseguimento da viagem interrompida.

4.8. Traslado de Corpo

Na hipótese de falecimento do *segurado* durante a viagem, a Empresa Prestadora de Serviços custeará e cuidará das formalidades necessárias ao retorno do corpo, inclusive do transporte dos restos mortais para o município de residência permanente do *segurado* no Brasil. **Não estarão cobertas as despesas relativas ao funeral e ao enterro ou cremação.**

5. COBERTURAS DISPONÍVEIS EXCLUSIVAMENTE NO EXTERIOR

Além das coberturas previstas no item 4, o segurado, quando em viagem ao Exterior, terá à sua disposição as seguintes garantias:

5.1. Assistência Médica

Caso o *segurado*, em decorrência de acidente, doença ou enfermidade de manifestação súbita e aguda, necessite de atendimento médico **imediato**, a Empresa Prestadora de Serviços obriga-se a custear as despesas médicas e hospitalares, **até os seguintes limites**:

a) R$10.000,00 (dez mil Reais) para honorários de médicos, clínicos e cirurgiões, diárias e outras despesas hospitalares, serviços médicos, enfermagem e exames complementares prescritos por um médico; e
b) R$500,00 (quinhentos Reais), por evento, para despesas com intervenções odontológicas de emergência e para medicamentos prescritos por um médico.

O atendimento imediato pode ser **absoluto** ou **relativo**.

Absoluto é aquele que envolve qualquer enfermidade que necessite de intervenção médica, clínica ou cirúrgica, nas 24 (vinte e quatro) horas subseqüentes à sua manifestação, e de que dependa o prognóstico vital e/ou funcional do *segurado*.

Relativo é aquele que envolve toda enfermidade que necessite de intervenção médica, clínica ou cirúrgica, com ou sem investigação laboratorial e/ou radiológica, e que deva ser realizada, impreterivelmente, antes do retorno do *segurado* ao seu município de domicílio.

As intervenções médicas ou cirúrgicas nas condições supracitadas deverão estar devidamente comprovadas e justificadas através de laudo médico detalhado, por escrito, e que esteja clinicamente claro que disto depende a expectativa de vida e/ou funções orgânicas do *segurado*.

5.2. Adiantamento de Fiança

Em caso de exigência de prestação de fiança prevista em lei processual penal, a Empresa Prestadora de Serviços **adiantará** o valor dessa fiança, mediante a assinatura de um documento de reconhecimento de dívida, **até o limite de R$10.000,00 (dez mil Reais), valor esse que deverá ser devolvido, no prazo máximo de 60 dias, pelo *segurado* ou por sua conta**.

5.3. Indicação de Assistência Jurídica

Se o *segurado* necessitar de um advogado, a Empresa Prestadora de Serviços fornecerá referências e informações, inclusive com marcação de consultas, **cabendo ao *segurado* o pagamento de eventuais despesas diretamente ao advogado indicado**.

5.4. Regresso Antecipado por Morte de Parente de 1º Grau

A Empresa Prestadora de Serviços organizará e assumirá as despesas adicionais resultantes da volta antecipada do *segurado* à sua residência permanente, em virtude do falecimento de parente de 1º grau. Será providenciado o retorno do *segurado* ao Brasil, em companhia aérea comercial, caso não possa utilizar o bilhete original emitido com prazo determinado.

Para os fins desta cláusula, consideram-se parentes de 1º grau o cônjuge e os filhos, pais e irmãos do *segurado*.

5.5. Embarque de Menores de 14 Anos

Quando o *segurado* estiver em viagem, tendo sob sua responsabilidade crianças menores de 14 anos, e por razões de acidente ou doença não puder embarcá-las para o retorno ao domicílio, a Empresa Prestadora de Serviços cuidará dos seguintes serviços:

- acompanhamento de menor até o aeroporto;
- formalidades de embarque;

- coordenação com a Companhia Aérea para a condição de “menor desacompanhado”; e
- informação aos pais ou parentes, no Brasil, dos dados referentes ao retorno do menor.

5.6. Adiantamento Financeiro, em Caso de Roubo ou Furto de Dinheiro

A Empresa Prestadora de Serviços adiantará a importância de até R$400,00 (quatrocentos Reais) para o pagamento de despesas de hospedagem e transporte de *segurado* que tenha sido vítima de roubo ou furto de dinheiro (excluindo-se os cheques de viagem). O adiantamento só será concedido se sua solicitação for acompanhada de termo de reconhecimento de dívida, de declaração de autoridade policial, assim como do nome do emissor ou cedente das faturas, **e deverá ser restituído à Empresa Prestadora de Serviços, no prazo de 60 (sessenta) dias da data de sua efetivação, em moeda local**.

5.7. Repatriamento de Familiar

Em caso de o *segurado* ter sido vitimado por doença súbita ou acidente que torne necessário o seu regresso antecipado ao Brasil ou o prolongamento de sua permanência no país do evento, a Empresa Prestadora de Serviços tomará as providências relacionadas à organização e custeio do regresso antecipado de familiares do *segurado*, se necessário.

5.8. Orientação em Caso de Perda de Documentos

A Empresa Prestadora de Serviços indicará ao *segurado* as providências a serem tomadas em caso de perda de documentos, informando-lhe endereços e telefones consulares e auxiliando-o no cancelamento de cartões de crédito e na substituição de bilhetes de transporte e de cheques de viagem.

5.9. Prolongamento de Estada em Hotel

A Empresa Prestadora de Serviços arcará com as despesas necessárias ao prolongamento de estada em hotel escolhido pelo *segurado*, imediatamente após a alta hospitalar, se esta permanência tiver sido prescrita pelo médico local ou pela equipe médica indicada pela Empresa Prestadora de Serviços.

Essa garantia limita-se ao valor de até R$100,00 (cem Reais) por diária do *segurado* em hotel, até o máximo de 10 (dez) dias, sendo excluídas da garantia quaisquer despesas que não integrem a diária.

6. EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES

6.1. Limitações

6.1.1. A **Assistência Pessoal** será prestada em todas as viagens feitas pelo *segurado* durante o ano, **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**.

6.1.2. Ressalvado o disposto no item 3.3, **o *segurado* não terá direito ao reembolso das despesas relacionadas nos itens 4.1, 4.2, 4.5 e 4.8 destas Condições, se estas tiverem sido realizadas sem autorização da Empresa Prestadora de Serviços**.

6.1.3. A **Assistência Pessoal** não será prestada em caso de situações que venham a ocorrer durante a viagem do *segurado* que sejam decorrentes da inobservância de recomendações feitas pelo médico que o assiste habitualmente.

6.2. Exclusões

Estão excluídos desta cobertura os seguintes casos:

a) doenças ou lesões existentes anteriormente à data de viagem;
b) doenças, lesões ou processos resultantes de ação criminal dolosa, perpetrada pelo *segurado*, salvo lesões ocasionadas por acidentes de trânsito;
c) doenças ou lesões resultantes de tentativa de suicídio ou provocadas intencionalmente pelo *segurado* em si mesmo;
d) tratamento de moléstias ou estados patológicos provocadas pela ingestão intencional de drogas e narcóticos ou pelo abuso de bebidas alcoólicas, ou ainda pelo uso de remédios sem prescrição médica;
e) doenças mentais de qualquer natureza;
f) eventos relacionados à gravidez após a 24º (vigésima quarta) semana de gestação, exames pré-natais e parto;
g) próteses e órteses em geral;
h) viagens em aviões não-projetados para o transporte de passageiros;
i) casos de calamidade pública, atos da natureza, comoções sociais, guerras, revoluções, terrorismo e sabotagem, greves, restrições ao livre trânsito, irradiações ou emanações nucleares ou ionizantes, transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade, bem como casos de força maior, salvo se o *segurado* provar que a causa do atendimento solicitado não teve relação com os referidos eventos; e
j) serviços prestados por pessoas que tenham grau de parentesco com o *segurado*, salvo quando previamente autorizados pela Empresa Prestadora de Serviços.

7. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

7.1. Em caso de emergência, o *segurado* não deverá tomar qualquer providência sem antes telefonar para a Central de Alarme de sua escolha, identificar-se, relatar a ocorrência e prestar todas as informações que lhe forem solicitadas. Somente nas hipóteses previstas no item 3.3 destas Condições é que o contato telefônico com a Central de Alarme poderá ser feito após o atendimento de emergência.

7.2. O *segurado* deverá envidar os melhores esforços e tomar as providências ao seu alcance para minorar os efeitos de uma situação emergencial.

7.3. Quando efetuar pagamento relativo à prestação de serviços previstos nestas Condições, a Empresa Prestadora de Serviços ficará sub-rogada nos direitos do *segurado*, com vistas ao ressarcimento junto a terceiros responsáveis, na forma da lei. Para esse fim, o *segurado* deverá colaborar com a Empresa Prestadora de Serviços, inclusive enviando-lhe documentos, relatórios médicos e recibos originais relacionados com o atendimento.

7.4. **O *segurado* se obriga a aceitar a forma de atendimento indicada pela Empresa Prestadora de Serviços, o qual poderá ser prestado por empresa privada ou órgão público, de acordo com as peculiaridades do local do evento.**

8. VIGÊNCIA E CANCELAMENTO

8.1. A presente cobertura somente prevalecerá enquanto estiver em vigor a Apólice de Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar.

8.2. **A Assistência Pessoal poderá ser cancelada, em caso de tornar-se inviável a prestação de serviços pela empresa mencionada no item 2, ou por outra que possa a vir a substituí-la nas mesmas condições, garantidos ao *segurado* o aviso prévio de 60 (sessenta) dias.**

Rio de Janeiro,

Heráclito de Brito Gomes Júnior
Diretor Presidente
Bradesco Saúde S.A.

Marcio Serôa de A. Coriolano
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 pelo telefone 0800 701 2700.

Para elogios, sugestões ou reclamações, ligue para o SAC pelo telefone 0800 727 9966. A Bradesco Saúde ainda disponibiliza uma Central de Atendimento ao Surdo pelo telefone 0800 701 2708.

Ouvidoria: 0800 701 7000.