

SEGURO COLETIVO EMPRESARIAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA BRADESCO SAÚDE EMPRESARIAL DENTAL

Número de Registro da Bradesco Saúde S.A. na ANS: 005711

Tipo de Segmentação: Odontológico

Regime de Contratação: Coletivo Empresarial

Tipo de vínculo do beneficiário: Com vínculo empregatício ativo

Formação do preço: Prestabelecido

Apólice nº

Estipulante:

Condições Gerais

1 - OBJETO DO SEGURO

Este seguro tem o objetivo de garantir o reembolso das despesas odontológicas efetuadas com o tratamento do *segurado* e seus dependentes incluídos na apólice, conforme o plano escolhido para cada grupo segurável e nos termos e limites destas Condições Gerais.

Alternativamente ao regime de reembolso e objetivando facilitar a utilização deste seguro, a *seguradora* disponibilizará uma lista de profissionais e instituições 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 odontológica, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, que torne necessário o atendimento odontológico do *segurado* em regime ambulatorial.

2.2 – Adesão Compulsória ou Automática

É aquela mediante a qual a inclusão, no seguro coletivo, do *segurado* e de seus dependentes, se houver, é efetuada juntamente com a sua incorporação ao grupo segurável, nos prazos e situações previstas nestas Condições Gerais.

2.3 - Apólice de Seguro

É o documento formal e legal, emitido pela *seguradora*, que efetiva a contratação do seguro, com base nas informações prestadas na proposta pelo *estipulante*, nos termos das Condições Gerais, que são as disposições contratuais que, juntamente com a proposta de seguro, fazem parte integrante da apólice.

2.4 – Cartão de Identificação Bradesco Saúde Dental

É o cartão emitido pela *seguradora*, para utilização individual e personalizada do *segurado*, sempre que este recorra a cirurgiões-dentistas e estabelecimentos odontológicos constantes da Lista de Referência, e que servirá para identificá-lo, facilitando o atendimento e dispensando-o do pagamento dos serviços cobertos pelo seguro, quando o prestador de serviços fizer parte da Rede Referenciada. O Cartão de Identificação deverá ser apresentado pelo *segurado* juntamente com o seu documento de identidade ou o do responsável, se aquele for menor de idade.

2.5 – Cartão Proposta

É o documento legal preenchido pelo proponente a *segurado* titular, contendo as suas informações e a de seus dependentes a serem incluídos no seguro contratado.

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

A critério do estipulante, e mediante a concordância da seguradora, as informações poderão ser transmitidas por meio de arquivo magnético, sem prejuízo do disposto nos parágrafos seguintes e no item 2.13 destas Condições Gerais.

É fundamental que todas as informações sobre o *segurado* titular e de seus dependentes, bem como do grupo segurável a que pertencem, sejam perfeitamente corretas, ficando os mesmos sujeitos 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 no cartão proposta. O certificado é encaminhado ao *segurado* titular, por intermédio do *estipulante*.

2.7 Co-participação (Fator Moderador)

É a participação financeira do *segurado*, resultante do percentual aplicado sobre os custos dos procedimentos descritos no Item 9 destas Condições Gerais.

2.8 Coberturas:

2.8.1 Cobertura Básica

São os procedimentos descritos no subitem 3.1.1, que estão garantidas pela apólice, conforme o Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações.

2.8.2 Coberturas Adicionais

São os procedimentos descritos a partir do subitem 3.1.2, que excedem o Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e que são garantidos mediante pagamento do respectivo prêmio e desde que respeitadas as demais condições contratuais.

2.9 - Corretor

O corretor de seguros, pessoa física ou jurídica, é o intermediário legalmente autorizado a angariar e a promover contratos de seguros entre a *seguradora* e o *estipulante*, sendo-lhe vedado manter relação de emprego ou de direção com sociedade *Seguradora*, conforme definido na Lei n.º 4.594, de 29/12/64, e no Decreto-Lei n.º 73, de 21/11/66.

2.10 – Estipulante

É a pessoa jurídica, empregadora, que contrata o seguro com a seguradora, cuja qualificação (razão social, CNPJ e endereço) consta na proposta de seguro e na apólice, como parte integrante do contrato.

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 a inclusão e exclusão dos *segurados*.

O *estipulante* é responsável perante a *seguradora* pelo cumprimento das obrigações previstas nestas Condições Gerais.

2.11 - 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, a necessidade efetiva de um ou mais atendimentos odontológicos, com conseqüentes prejuízos econômicos ao *segurado*.

2.12 – Grupo Segurável

2.12.1 É o conjunto de pessoas, em sua totalidade, que mantém 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, 50 (cinquenta) pessoas dentre as que se enquadrem na definição do subitem 2.12.1. destas Condições Gerais, assim considerados os proponentes a segurados titulares e respectivos dependentes;
- b) o grupo segurável deve estar devidamente caracterizado na proposta de seguro;
- 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; e
- d) somente estarão habilitados à inclusão no grupo segurável os proponentes a segurados titulares que estejam em pleno exercício de suas atividades profissionais junto ao *estipulante*, por oportunidade do preenchimento da proposta de seguro.

2.12.2 Situação particular e especial do Grupo Segurável:

A *seguradora*, conforme os seus critérios de aceitação, e mediante análise prévia, poderá aceitar como grupo segurável aquele com as características a seguir especificadas:

a) conjunto de pessoas, delimitado pela maioria absoluta daquelas que mantêm vínculo de natureza empregatícia, societária ou estatutária devidamente comprovado com o mesmo estipulante, bem como seus dependentes. Fica a exclusivo critério da *seguradora* a análise e aceitação de conjunto que se enquadre nesta situação, obedecidas todas as regras de constituição e inclusão definidas no subitem 2.12.1 e na cláusula 9.

b) grupo homogêneo de pessoas, formado pelos proponentes a *segurado* titular que têm, comprovadamente, idêntica função, cargo ou salário e vínculo com o mesmo *estipulante*. A inclusão de todas as pessoas que compõem este grupo homogêneo é obrigatória. Fica a exclusivo critério da *seguradora* a análise e aceitação de grupo segurável que se enquadre nesta situação, obedecidas todas as regras de constituição e inclusão definidas no subitem 2.12.1 e na cláusula 9 desde que caracterizada a cobertura contratual para o evento objeto da prestação de serviços pretendida.

2.13 - 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. Esta aceitação terá por base as informações fornecidas pelo *estipulante* e pelo *segurado*, e será caracterizada pela emissão do certificado de seguro.

2.14 - Limite de Reembolso

É o valor, expresso em moeda corrente, que serve como base de cálculo para determinar as importâncias máximas a serem reembolsadas, para cada procedimento odontológico previsto na Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Bradesco Saúde, multiplicado pelo fator de reembolso correspondente ao plano contratado e constante na proposta de seguro.

A *seguradora* poderá alterar o valor de determinado procedimento odontológico, com o intuito de mantê-lo compatível com os valores praticados no mercado, garantindo a continuidade da prestação de serviços na Rede Referenciada.

2.15 - Lista de Referência

É a relação de prestadores de serviços odontológicos, das mais variadas especialidades (cirurgiões-dentistas e clínicas), que integram a Rede Referenciada Bradesco Saúde Dental, colocada à disposição do *estipulante*, que a fará chegar aos titulares do grupo *segurado* e que também poderá ser consultada pela Internet, no site www.bradescosaude.com.br

2.16. - Prazo de Garantia

É o período, em meses, a partir da data de ocorrência de um evento, em que não haverá cobertura para a sua repetição em prazos inferiores aos previstos no subitem 2.16.1 destas Condições Gerais. Caberá à seguradora analisar os casos excepcionais, mediante justificativa do prestador de serviço.

2.16.1 Prazos de Garantia, por cobertura:

- Consultas- 6 (seis) meses
- Prevenção – 6 (seis) meses
- Periodontia – 24 (vinte e quatro) meses
- Radiologia – 24 (vinte e quatro) meses
- Dentística – 36 (trinta e seis) meses

- Prótese – 60 (sessenta) meses
- Cirurgia, Endodontia e Ortodontia – Único

2.16.2 Prazo de Garantia Único

Quando classificados nessa condição, por sua característica clínica, os eventos poderão ser realizados uma única vez durante todo o período de vigência do seguro.

2.17 – Planos

É o conjunto de coberturas, múltiplos de reembolso e co-participação escolhidos pelo *estipulante*, para cada grupo segurável, quando da assinatura da proposta de seguro. Os planos diferenciam-se pelo valor do limite máximo de reembolso previsto na Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Bradesco Saúde e pelo elenco de coberturas contratadas, de acordo com as condições definidas na proposta de *seguro* e na apólice.

2.18 – Prêmio de 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 plano contratado.

2.19 - Proposta de Seguro

É o documento formal e legal a ser preenchido pelo estipulante e entregue à seguradora, juntamente com os cartões-propostas do grupo segurável. Se incompletas ou inexatas as declarações assinadas ou visadas pelo estipulante, ou por seu representante legal, assim influenciando na taxa do prêmio ou aceitação do risco, ocorrerá a suspensão do contrato de seguro, conforme mencionado na cláusula 12 destas Condições Gerais.

2.20 Rede Referenciada

É a rede formada por um conjunto de cirurgiões-dentistas e clínicas, cujos serviços poderão ser diretamente remunerados pela *seguradora*, por conta e ordem do *segurado*, desde que caracterizada a cobertura contratual para o evento objeto da prestação de serviços pretendida.

2.21 – Segurados

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

2.22 - 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.

2.23 - 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, sem qualquer impedimento em razão de sua idade ou condição de portador de deficiência.

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

2.24 - 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, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.261-901, inscrita no CNPJ sob o nº 92.693.118-0001-60 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o número 005711, e que assume os riscos inerentes às coberturas deste seguro, nos termos destas Condições Gerais.

2.25 - Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Bradesco Saúde

É a relação dos serviços odontológicos e procedimentos cobertos, com os respectivos valores em moeda corrente, contendo também a indicação daqueles que dependem de autorização prévia da *seguradora* para a sua realização, exigência de radiografias e os respectivos prazos de garantia.

3 - COBERTURAS DO SEGURO

Está coberto por este seguro o conjunto de procedimentos odontológicos de acordo com o plano escolhido pelo *estipulante*.

3.1. Plano Padrão (registro na ANS:)

Compreende a cobertura básica, conforme o Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na RN no. 9 de 26/06/2002, suas atualizações e as coberturas adicionais descritas a seguir:

3.1.1 - Cobertura Básica

3.1.1.1 - Consultas

- consulta inicial

3.1.1.2. Urgência Odontológica

- Imobilização dentária por trauma;
- Tratamento de hemorragia bucal;
- Pulpectomia;
- Recimentação de peça protética;
- Tratamento de alveolite;
- Colagem de fragmentos;
- Incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
- Incisão e drenagem de acesso intra-oral;
- Reimplante de dente avulsionado; e
- Consulta de urgência.

3.1.1.3. Radiologia

- Radiografia periapical;
- Radiografia interproximal (bite-wing); e
- Radiografia oclusal.

3.1.1.4. Prevenção

- Controle de placa e orientação em higiene bucal;
- Aplicação de flúor; e
- Profilaxia e polimento coronário.

3.1.1.5 Dentística

- Restauração de amálgama de 1 Face (Classe I);
- Restauração de amálgama de 2 Faces (Classe II);
- Restauração de amálgama de 3 Faces (Classe II);
- Restauração de amálgama de 4 Faces (Classe II);
- Restauração de resina de 1 Face (Classe I e V);
- Restauração de resina de 2 Faces (Classe II e III);
- Restauração de resina de 3 Faces (Classe II e III);
- Restauração de resina de 4 Faces (Classe II);
- Restauração de resina comp. de ângulo (Classe IV);
- Restauração a pino; e
- Restauração de superfície radicular.

3.1.1.6. Periodontia

- Raspagem, alisamento e polimento coronário;
- Raspagem supra e subgengival, alisamento e polimento coronário;
- Curetagem de bolsa periodontal;
- Imobilização dentária temporária;
- Aumento de coroa clínica; e
- Gengivectomia e gengivoplastia.

3.1.1.7. Endodontia

- Tratamento endodôntico de 1 conduto;
- Tratamento endodôntico de 2 condutos;
- Tratamento endodôntico de 3 ou mais condutos;
- Retratamento endodôntico de 1 conduto;
- Retratamento endodôntico de 2 condutos;
- Retratamento endodôntico de 3 ou mais condutos;
- Remoção de obturação radicular (incluído nos retratamentos);
- Remoção de núcleo (pino) intra-radicular;
- Apicetomia unirradicular;
- Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada;
- Apicetomia birradicular;
- Apicetomia birradicular com obturação retrógrada;
- Apicetomia triradicular; e
- Apicetomia triradicular com obturação retrógrada.

3.1.1.8. Cirurgia

- Alveoloplastia;
- Biópsia;
- Cirurgia de tórus mandibular (bilateral e unilateral) e palatino;



- Correção de bridas musculares;
- Excisão de mucocele;
- Excisão de rânula;
- Exodontia a retalho;
- Exodontia de raiz residual;
- Exodontia simples;
- Exodontia múltipla;
- Fratura alvéolo-dentária /Redução incruenta;
- Fratura alvéolo-dentária/Redução cruenta;
- Frenectomia lingual;
- Frenectomia labial;
- Remoção de dentes inclusos e impactados;
- Sulcoplastia /Aprofundamento do vestíbulo; e
- Ulectomia/ Ulotomia;

3.1.1.9. Odontopediatria

- Exodontia de dentes decíduos;
- Tratamento endodôntico em dentes decíduos;
- Aplicação de selante oclusal; e
- Pulpotomia.

3.1.2. Cobertura adicional

3.1.2.1. Cirurgia

- Remoção de cisto via intra-oral;
- Redução de tuberosidade unilateral;
- Excisão de osteoma e odontoma;
- Remoção de lesão intra-oral;
- Tratamento cirúrgico de fístula buco-nasal ou buco-sinusal;
- Remoção de cálculo salivar;
- Laçamento de inclusos para tratamento ortodôntico;
- Remoção de corpo estranho e/ou raízes do seio maxilar;
- Sutura simples do lábio ou da face;
- Guia cirúrgico para cirurgia ortognática; e
- Redução de luxação da ATM.

3.1.2.2. Dentística

- Restauração de ionômero de vidro.
- Dessensibilização dentinária por arcada; e
- Faceta estética para dentes anteriores;

3.1.2.3. Radiologia

- Radiografias periapicais – série completa com interproximais;
- Radiografia panorâmica.
- Telerradiografia;
- Radiografia da ATM; e
- Radiografia antero-posterior e lateral do crânio ou da face.



3.1.2.4. Odontopediatria

- Mantenedor em acrílico;
- Mumificação pulpar;
- Mantenedor fixo unilateral;
- Mantenedor fixo bilateral;
- Recolocação de mantenedores;
- Coroa de aço ou policarbonato;
- Consulta de adaptação em odontopediatria; e
- Aplicação de carióstático.

3.1.2.5. Prevenção

- Remineralização de esmalte.

3.1.2.6. Periodontia

- Cirurgia periodontal por elemento;
- Rizectomia;
- Cirurgia periodontal por segmento;
- Tratamento de abscesso periodontal;
- Hemisseção;
- Enxerto pediculado ou retalho deslizante; e
- Manutenção periodontal.

3.1.2.7. Endodontia

- Capeamento direto;
- Clareamento de dentes não vitais (interno)
- Curetagem apical;
- Tratamento de perfuração; e
- Tratamento de apicificação/Reabsorção.

3.1.2.8. Prótese

- Conserto de prótese (em laboratório);
- Conserto de prótese (em consultório);
- Coroa provisória; e
- Ajuste oclusal (duas arcadas).

3.2. Plano Plus (Registro na ANS:)

Compreende as coberturas do Plano Padrão, acrescidas das coberturas descritas a seguir:

3.2.1. Prótese

- Prótese parcial removível provisória;
- Prótese total imediata;
- Prótese total;
- Prótese total dupla;
- Reembasamento;
- Prótese parcial removível a grampo unilateral;

- Prótese parcial removível a grampo bilateral;
- Jaqueta em resina;
- Coroa *veener* (metalo-plástica);
- Coroa total metálica;
- Coroa 3/4 e 4/5;
- Núcleo metálico, pré-fabricado ou fibra de vidro;
- Restauração metálica fundida;
- Elemento de Prótese Fixa Metalo-plástica; e
- Prótese Adesiva - 3 elementos.

3.3. Plano Top (Registro na ANS:)

Compreende as coberturas do Plano Plus, acrescidas das coberturas descritas a seguir:

3.3.1. Prótese

- Núcleo de preenchimento
- Remoção de trabalhos protéticos;
- Elemento de prótese-fixa metalo-cerâmica;
- Coroa metalo-cerâmica;
- Modelos de estudo (superior e inferior);
- Inlay/Onlay em Cerômero; e
- Placa de mordida miorrelaxante.

3.3.2 - Radiologia

- Telerradiografia com 1 traçado;
- Traçado Cefalométrico adicional; e
- Raios X de Mãos e Punhos - Idade Óssea.

3.3.3 - Ortodontia

- Documentação Ortodôntica Básica;
- Documentação Ortodôntica Completa; e
- Documentação Ortodôntica de Controle.

3.4 - Além das coberturas apresentadas, a Bradesco Saúde dispõe de outros planos e coberturas, que poderão ser contratados conforme acordo entre as partes.

4 - DESPESAS NÃO COBERTAS

Estão excluídas da cobertura deste seguro as despesas decorrentes de:

- a) procedimentos não constantes no Rol de Procedimentos Odontológicos previsto na regulamentação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ou ato que vier a substituí-la, resguardadas as suas atualizações;
- b) tratamentos odontológicos não previstos nas coberturas do plano contratado, conforme a cláusula 3;
- c) tratamentos odontológicos que exijam internação hospitalar, incluindo cirurgia oral maior, e traumatologia bucomaxilofacial;
- d) despesas com internação hospitalar clínica ou cirúrgica para tratamentos odontológicos, mesmo

- que a causa seja acidente pessoal;
- e) implantes, prótese sobre implante e transplantes de qualquer natureza;
 - f) tratamentos com finalidade exclusivamente estética;
 - g) tratamentos odontológicos realizados em data anterior ou posterior ao período de vigência do seguro;
 - h) exames laboratoriais de qualquer natureza; e
 - i) tratamento odontológico experimental, ou que não seja reconhecido pelo Conselho Federal de Odontologia.

5. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

5.1. Atendimento na Rede Referenciada

Quando o *segurado* recorrer à Rede Referenciada Dental contratada, o pagamento dos serviços odontológicos poderá ser feito pela *seguradora*, por conta e ordem do segurado, quando ficar perfeitamente caracterizada a cobertura dos serviços.

5.1.1. No atendimento através da Rede Referenciada da Bradesco Saúde, alguns procedimentos cobertos estão sujeitos à autorização prévia, conforme previsto no item 2.25 destas Condições Gerais. Neste caso, o profissional referenciado solicitará diretamente à Bradesco Saúde a liberação de uma senha odontológica, antes da realização de qualquer desses procedimentos.

5.1.2. A organização da Rede Referenciada levará em conta as possibilidades de credenciamento de profissionais e instituições odontológicas locais, obedecendo, ainda, à disponibilidade da *seguradora*.

5.1.3. A *seguradora* fornecerá ao *segurado* titular a Lista de Referência Dental adequada à opção feita pelo *estipulante* no cartão-proposta, correspondente ao plano contratado.

5.2. Atendimento de Livre Escolha

5.2.1. Quando o *segurado*, por opção, utilizar um prestador de serviços que não integre a Rede Referenciada Dental contratada, o pagamento dos serviços será sempre feito por reembolso ao segurado, para eventos cobertos pelo seguro.

5.2.2 O reembolso ocorrerá de acordo com os limites do plano contratado, desde que devidamente caracterizada a cobertura e obedecidos os prazos limites para apresentação de documentos para solicitação reembolso, conforme descrito na Item 6.

6. REEMBOLSO

6.1. O reembolso, para eventos cobertos nos termos estas Condições Gerais, será válido, exclusivamente, quando utilizados prestadores de serviço não integrantes da Rede Referenciada Dental, e apenas para os procedimentos cobertos pelo plano contratado e que estão relacionados na cláusula 3, mediante apresentação dos seguintes documentos originais:

6.1.1. Relatório “Descrição de Serviços Odontológicos”, preenchido pelo cirurgião-dentista ou clínica odontológica, especificando as datas dos eventos, dentes ou regiões, procedimentos realizados e valores cobrados.

6.1.2. Recibo de honorários ou Nota Fiscal original em nome do segurado titular, descrevendo os eventos a que se refere, bem como CRO e CPF do profissional que a realizou o tratamento.

6.1.3 Radiografias iniciais e/ou finais, conforme descrito na Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Bradesco Saúde (TSO), apresentada no verso do relatório “Discriminação de Serviços Odontológicos”.

6.2. Para efeito do reembolso previsto nestas Condições Gerais, tomar-se-á como base a TSO, as coberturas e os limites do seguro contratado, desde que estes documentos sejam válidos e originais.

6.3. O reembolso de despesas efetuadas no exterior será em moeda corrente nacional, ao câmbio oficial do dia da análise da documentação.

6.4. O crédito do reembolso será em nome do segurado titular ou de seu responsável legal, caso aquele seja menor de idade, descontando-se a co-participação, quando houver, não sendo reembolsados impostos de responsabilidade do prestador de serviço.

6.5. 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.

6.6. Uma vez de posse de toda a documentação exigível, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para efetuar o pagamento da indenização. No caso de dúvida fundada e justificável, esse prazo será suspenso se a seguradora verificar que a documentação recebida é insuficiente para efetuar o reembolso, hipótese em que poderá solicitar novos documentos. A contagem voltará a correr na data em que for protocolada a entrega da documentação completa e/ou do laudo do exame solicitado.

6.6.1. Em caso de mora da seguradora, caracterizada pelo não-pagamento da indenização devida após o decurso do prazo definido no item 6.6, incidirão sobre o seu valor juros de mora à taxa de 12% (doze por cento) ao ano, calculado em base *pro rata* dia, e considerando o ano de 360 (trezentos e sessenta) dias, mais atualização monetária calculada com base na variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado (IPC-A), a partir do mês do fato gerador da atualização até o do efetivo pagamento, adotando-se, como aplicável, a variação do IPC-A referente ao segundo mês anterior a cada mês considerado para efeito de atualização.

7. FATOR DE REEMBOLSO DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS (FRn)

Coeficiente adotado como referencial de reembolso, prevendo o múltiplo de 1 (uma) vez, aplicável sobre os valores da Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Bradesco Saúde.

O fator de reembolso também poderá ser definido pelo *estipulante* no momento da contratação, passando esta informação a constar, tanto da apólice quanto da proposta de seguro.

8. CO-PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO (FATOR MODERADOR)

8.1 - Conforme opção do *estipulante* definida na proposta de *seguro*, os eventos cobertos poderão ter co-participação do segurado nos custos.

8.2 - A importância relativa à co-participação dos *segurados* poderá reverter para a seguradora, sob a forma de acréscimo ao valor do prêmio, e será cobrada do *estipulante*, como receita de co-participação, ou ficar retida com o *estipulante*.

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

9 - ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1. Ao emitir a apólice e os subseqüentes certificados de seguro, a seguradora formaliza a aceitação do seguro que lhe é submetido através da proposta assinada pelo *estipulante* ou por seus representantes legais, bem como dos cartões-propostas do grupo segurável.

9.2 - O *estipulante* indicará, na proposta, o plano escolhido e que será válido para todos os integrantes do grupo segurável.

9.2.1 Na hipótese de escolha de planos diferentes, estes terão de ser estabelecidos em decorrência de comprovada igualdade ou similaridade de salário, cargo ou função.

9.3 - Para cada subgrupo a ser formado, o plano será único para todas as garantias e para a totalidade de componentes do grupo.

9.4. O *estipulante* e o segurado assumem a responsabilidade por todas as informações prestadas na proposta e nos cartões-propostas, cientes do que dispõe a Item 12 destas Condições Gerais.

9.5. Caso o *estipulante* desista do seguro, até 15 (quinze) dias após a entrega protocolada da proposta na seguradora, o prêmio pago antecipadamente 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.

10 - PAGAMENTO DO PRÊMIO

10.1 - O pagamento do prêmio será mensal e deverá ser efetuado no primeiro dia do mês, ou no primeiro dia útil em que houver expediente bancário, caso no primeiro dia útil não haja expediente bancário.

10.1.1 - Os prêmios pagos até a data de vencimento dos documentos de cobrança não sofrerão qualquer atualização.

10.1.1.2 - 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 de Preços ao Consumidor – Ampliado (IPC-A), da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE), da data do vencimento até a data do efetivo pagamento.

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

10.2 - Se houver atraso na quitação do documento de cobrança, por prazo superior a 30 (trinta) dias, o contrato ou aditamento a ele referente será automaticamente e de pleno direito suspenso, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela de prêmio já paga, e não isentando o *estipulante* de cobrança dos meses em atraso nem dos sinistros ocorridos e pagos após a data da interrupção dos pagamentos de prêmios devidos.

10.3 - As inclusões ou exclusões dos *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 o prêmio relativo respectivamente às inclusões ou exclusões de meses anteriores ao faturado.

10.4 - A seguradora adotará a modalidade de cobrança que melhor atenda às suas necessidades, inclusive através de estabelecimentos bancários.

11 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

11.1 – O início de vigência do contrato de seguro será na data informada pelo *estipulante* na proposta e ratificada pela *seguradora* na apólice.

11.2 - O início da cobertura, para os segurados titulares e respectivos dependentes que ingressem no grupo segurável após da 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 do início de vigência da apólice.

11.2.1. No caso de promoção, casamento, nascimento/adoção ou retorno de funcionário afastado, a inclusão no seguro será permitida desde que efetuada até 60 (sessenta) dias da ocorrência. A inclusão de segurados após esse prazo estará sujeita à análise da seguradora.

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

11.3 - A vigência do seguro será de 24 (vinte e quatro meses) meses, contados da assinatura da proposta pelo estipulante, e desde que ratificada pela seguradora.

11.4– Este seguro será renovado automaticamente, por períodos anuais, caso não haja manifestação contrária de qualquer das partes, por escrito, e com antecedência mínima de 90 (noventa) dias do término de sua renovação e não caberá a cobrança de taxas ou qualquer valor, por este motivo.

12 – CANCELAMENTO DO CONTRATO DE SEGURO

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

- a) quando o total de vidas seguradas for inferior a 50 (cinquenta);
- 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 inexatidão ou omissão, no preenchimento da proposta, que tenha influenciado na aceitação do grupo segurado.
- d) fraude, tentativa de fraude, ou dolo; e
- e) inobservância das obrigações convencionadas nestas Condições Gerais.

12.1.1 A apólice poderá ser cancelada, por qualquer das partes, desde que mediante comunicado por escrito e com antecedência mínima de 90 (noventa) dias do término de sua renovação.

12.2 – O certificado de seguro será cancelado:

- a) em caso de morte do segurado titular, 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; e
- c) em qualquer dos casos citados nas letras “a”, “c”, “d” e “e” do item 12.1 .

13 – REAJUSTE FINANCEIRO DO PRÊMIO

13.1 – O reajuste financeiro do prêmio terá por base a variação dos custos odontológicos, de administração e 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.

13.1.1 - A periodicidade da atualização monetária do prêmio de seguro é anual, salvo quando vigorar prazo diverso, estabelecido em legislação federal.

13.2 A seguradora poderá alterar o valor de cada procedimento expresso na Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Bradesco Saúde, visando mantê-lo compatível com os valores praticados no mercado.

13.3 O reajuste financeiro ocorrerá a partir do dia 1º do mês em que for aplicável.

13.4 Se ocorrer a redução ou aumento do número de vidas seguradas que altere em mais de 20% (vinte por cento) o maior ou o menor número de vidas existentes nos últimos 6 (seis) meses, o valor do prêmio será recalculado de acordo com a nova composição do grupo segurável.

14 – REAJUSTE POR SINISTRALIDADE

Independentemente do disposto na cláusula 13, o prêmio de seguro será reajustado, em função da sinistralidade, com o objetivo de manutenção do equilíbrio técnico-atuarial desta apólice.

14.1 – Para efeito da reavaliação da apólice, na primeira apuração, os 2 (dois) primeiros meses de sinistros pagos e de prêmios cobrados serão desconsiderados.

14.1.1 – A primeira reavaliação será realizada considerando-se os sinistros pagos e os prêmios cobrados do terceiro ao décimo segundo mês de vigência da apólice, sendo a reavaliação aplicada no faturamento do décimo quarto mês de vigência da apólice.

14.1.2 – As reavaliações subsequentes à primeira serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes aos do último período reavaliado. A aplicação do reajuste ocorrerá sempre no segundo mês após o último mês considerado na apuração do índice do reajuste anual.

14.2 – No período estabelecido a partir do início do terceiro mês e do final do décimo segundo mês de vigência da apólice, será calculado o primeiro índice anual de correção, baseado na experiência da apólice. A partir de então, e a cada período de 12 (doze) meses, sucessivamente, serão apurados os novos índices de reavaliação dos respectivos períodos, mediante a utilização da seguinte fórmula:

$$I_k = \frac{S_{k-1}}{0,6 \times P_{k-1}}$$

onde: I_k = índice de correção para o prêmio no K-ésimo semestre de reavaliação da apólice;
 S_{k-1} = soma dos valores reembolsados no (k – 1)-ésimo semestre de reavaliação da apólice; e
 P_{k-1} = soma dos prêmios cobrados no (k – 1)-ésimo semestre de reavaliação da apólice.

Ficando estabelecido que:

Para $K = 1$, $I_k = 1$

14.3 - Fica estabelecido que o resultado da reavaliação (I) a ser aplicado será limitado, conforme a seguir:

. Se I superior a 1,50 (um vírgula cinquenta), o valor I a ser aplicado será igual a 1,50 (um vírgula cinquenta), isto é, o aumento ficará limitado a 50% (cinquenta por cento) do prêmio vigente.

14.4 - Nas apólices do Bradesco Saúde Dental com até 300 (trezentos) segurados, visando o equilíbrio técnico-atuarial da carteira, o prêmio de seguro será reajustado semestralmente em função da sinistralidade. 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 100, de 27.05.2005, em seu art. 7º, ou em ato normativo que vier a substituí-la.

14.4.1 - Esse reajuste será calculado com base nos valores de sinistros retidos e prêmios pagos, descontados os impostos incidentes.

14.4.2 - Os reajustes ocorrerão nos meses de junho e dezembro, considerando os sinistros retidos e prêmios pagos, respectivamente, dos períodos de novembro a abril e de maio a outubro.

14.4.3 - As apólices serão reajustadas por sinistralidade quando tiverem mais de 5 (cinco) meses de vigência, utilizando-se para o cálculo do índice de reajuste do prêmio a fórmula descrita no item 14.2.

15 - AUDITORIA ODONTOLÓGICA

A fim de acompanhar os procedimentos odontológicos realizados, por sua rede referenciada ou não, a Seguradora poderá utilizar, a seu critério, recursos técnicos de auditoria, como a solicitação de radiografias, relatórios e demais documentos odontológicos, independente do estabelecido na Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Bradesco Saúde.

Para o mesmo fim, e a critério da *seguradora*, o *segurado* poderá ser convocado a qualquer momento a comparecer a uma consulta de auditoria odontológica. Caberá à seguradora deliberar sobre a dispensa de tal exame, conforme a análise de cada caso.

16 - DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA ODONTOLÓGICA

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

16.2 - Cada uma das partes pagará os honorários do cirurgião dentista que designar, e os do terceiro serão pagos pela *seguradora*.

16.3 - Se não houver acordo na escolha do cirurgião-dentista desempatador, sua designação será solicitada a uma entidade de classe reconhecida oficialmente e relacionada à especialidade odontológica.

17 – CUSTEIO DO SEGURO

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

17.1. – Segurado não contributivo

Nestes casos os componentes do grupo segurável não pagam qualquer prêmio, recaiando o ônus do seguro, totalmente, sobre o *estipulante*. O *segurado* não é considerado contributivo quando houver a co-

participação do segurado, única e exclusivamente no valor de procedimento, como fator moderador na utilização dos serviços de assistência odontológica.

17.2. – Segurado contributário

Será considerado contributário aquele que pagar a totalidade ou parte do seu prêmio ou dos seus dependentes, assim como aquele que contribuir mensalmente para o prêmio do seguro na forma de *upgrade*, para que tenha direito a padrão de seguro superior ao que é custeado pelo estipulante.

17.2.1 – Ao *segurado* contributário, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, pelo *estipulante*, sem justa causa, é assegurada a manutenção de sua condição de beneficiário, na apólice contratada pelo *estipulante*, e durante a sua vigência, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade do *estipulante*. O não pagamento do prêmio, na forma prevista na alínea “b” do item 12.1, destas Condições Gerais, ensejará o cancelamento do certificado de seguro.

17.2.1.1– A manutenção de que trata esta Item é extensiva ao segurado titular e seus dependentes inscritos durante a vigência do contrato de trabalho.

17.2.1.2 – Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo seguro nos termos do disposto nesta Item.

17.2.1.3 – O direito assegurado nesta Item não exclui vantagens obtidas pelos *segurados*, decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

17.2.2 – Ao *segurado* contributário pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos que venha a ser aposentado, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, na apólice contratada pelo *estipulante*, e durante sua vigência, nas mesmas condições de cobertura de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade do *estipulante*. O não-pagamento do prêmio, na forma prevista na alínea “b” do item 12.1, destas Condições Gerais, ensejará o cancelamento do certificado de seguro.

17.2.2.1– O *segurado* contributário por prazo inferior a dez anos, que se aposentar terá assegurado o direito de manter-se como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade do *estipulante*.

17.2.2.2 – Para gozo do direito assegurado nos subitens 17.2.2 e 17.2.2.1 , serão observadas as mesmas condições estabelecidas nos subitens 17.2.1.1, 17.2.1.2 e 17.2.1.3

17.2.3. – Os *segurados* contributários demitidos sem justa causa, ou aposentados poderão continuar na mesma apólice ou serem incluídos em apólices separadas, desde que o *estipulante* firme acordo formal com os funcionários ativos.

17.2.3.1 – O segurado demitido ou aposentado optará por sua manutenção no seguro no prazo máximo de 30 (trinta) dias do recebimento da comunicação formal do seu desligamento, feita pelo *estipulante*.

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

17.4 – Quando a opção do *estipulante* for pela manutenção dos ex-funcionários na mesma apólice que dos ativos, na reavaliação do prêmio mensal, serão consideradas os sinistros e prêmios de todos os segurados, sejam eles ativos, aposentados ou ex-funcionários demitidos sem justa causa.

17.5 – Quando o seguro de ativos estabelecer co-participação em eventos, essa condição fica mantida e sua cobrança passa a fazer parte do prêmio, como parcela variável, de acordo com o valor mensal da co-participação.

17.6 – O cancelamento dos seguros dos aposentados e dos funcionários demitidos sem justa causa que exercerem seus direitos de permanência na apólice, ocorrerá nas seguintes condições:

- a) Para os aposentados ao término do prazo previsto no subitem 17.2.2.1;
- b) quando o ex-funcionário (demitido ou aposentado) for admitido em novo emprego;
- c) quando o ex-funcionário (demitido ou aposentado) deixar de pagar o prêmio por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato.
- d) quando a apólice de seguro mantida pelo *estipulante* com a seguradora for cancelada; e
- e) nas mesmas condições de cancelamento previstas na cláusula 12.

18- ALTERAÇÃO DE CONTRATO

18.1 - É facultado ao *estipulante* solicitar à *seguradora*, mediante ajuste do prêmio, a mudança do plano que tenha contratado sob a forma prevista na cláusula 5, desde que abrangendo todo o grupo segurável definido e delimitado pelo *estipulante*.

18.2. - As alterações contratuais só terão validade quando solicitadas por escrito pelo *estipulante* e ratificadas pela *seguradora*.

18.3. - Alterações contratuais que signifiquem modificação no valor do prêmio de seguro somente produzirão efeito a partir do mês seguinte ao de sua confirmação pela *seguradora*. Caso a alteração implique em devolução de prêmio de seguro, o valor do IOF será deduzido da parcela restituída.

18.4. - A seguradora poderá adequar os procedimentos às coberturas do seguro com o objetivo de manter o seu padrão compatível com a evolução da odontologia e do mercado.

19 - DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1 - Nenhuma responsabilidade caberá à *seguradora* por atos culposos, dolosos ou acidentais que causem danos físicos ou morais à saúde do *segurado*, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços odontológicos, integrantes, ou não, de Listas de Referência da Bradesco Saúde. Nenhum desses atos repercuta no contrato de seguro, que será cumprido nos seus exatos termos.

19.2 – O pagamento de indenizações ficará suspenso enquanto houver inexistência ou omissão de informações nas declarações constantes da documentação necessária à realização de procedimentos odontológicos, ou, ainda, nos documentos apresentados para o reembolso dessas despesas.

19.3 A *seguradora* poderá também solicitar, a qualquer momento, a apresentação de documentação que permita a comprovação de vínculo empregatício, bem como se houve alteração do grupo segurável.

19.4 – É obrigação do *estipulante*, no caso de exclusão de *segurados* ou cancelamento da apólice, recolher e inutilizar o cartão de identificação fornecido pela *seguradora*, respondendo sobre todos os aspectos perante a mesma pelo seu uso indevido. Ocorrendo a exclusão do *segurado*, o *estipulante* autoriza, desde já, a cancelar todas as senhas autorizadas e não utilizadas, para os *segurados* excluídos e debitar em sua fatura e/ou recibo de cobrança o valor correspondente ao serviço prestado posteriormente à data de exclusão.

19.5 – Ocorrendo a perda ou extravio do cartão de identificação, o *estipulante* obriga-se a *comunicar*, de imediato, o fato à *seguradora*, por escrito, sendo responsável perante esta pelo uso indevido do seguro.

19.6. - 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 seguro ou da rescisão do contrato feito pelo *estipulante*.

19.7 - O atendimento aos usuários, quando realizada através de Rede Referenciada, fica restrito aos profissionais e instituições odontológicas constantes da Lista de Referência Dental.

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

19.9 - O folheto explicativo intitulado Manual do Segurado, fornecido pela *seguradora* ao *estipulante*, para distribuição aos seus diversos funcionários incluídos no grupo segurável, contém esclarecimentos sobre providências que devem ser tomadas em caso de necessidade de recorrer às coberturas do Bradesco Saúde Empresarial Dental, e é parte integrante dessas Condições Gerais.

19.10 – Considera-se a Tabela de Serviços Odontológicos da Bradesco Saúde como parte integrante destas condições gerais.

19.11. As comunicações legais e as previstas nestas Condições Gerais deverão ser feitas por escrito e entregues, mediante protocolo, a quaisquer das sucursais da seguradora.

19.12. É de responsabilidade do *estipulante* prestar todas as informações solicitadas pela seguradora, quanto aos dados cadastrais dos segurados inscritos nesta apólice, sejam titulares ou dependentes, bem como fornecer cópia de documentos necessários à comprovação dos dados informados, para fins de cumprimento ao disposto na Lei nº 9.613, de 03 de março de 1998.

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

Rio de Janeiro,de.....de.....

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

Marcio Serôa de Araujo Coriolano
Diretor Gerente
Bradesco Saúde S.A.

ASSINATURA DO ESTIPULANTE