

CONDIÇÕES GERAIS

COBERTURA ASSISTENCIAL AMBULATORIAL E HOSPITALAR
COM OBSTETRÍCIA

COLETIVO EMPRESARIAL
SPG 03 A 199 SEGURADOS



bradesco
saúde

Com Você. Sempre.

**CONDIÇÕES GERAIS
COBERTURA ASSISTENCIAL AMBULATORIAL E HOSPITALAR
COM OBSTETRÍCIA**

**COLETIVO EMPRESARIAL
SPG 03 A 199 SEGURADOS**

Apólice: _____

Estipulante: _____

**COBERTURA ASSISTENCIAL AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
COLETIVO EMPRESARIAL
SPG 03 A 199 SEGURADOS**

Sumário

1. OBJETO DO SEGURO	5
2. DEFINIÇÕES.....	5
3. COBERTURAS DO SEGURO	16
4. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	25
5. EXCLUSÕES DE COBERTURA	28
6. CARÊNCIA	31
7. DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES	32
8. MODALIDADES DE ATENDIMENTO	34
8.1. Atendimento na Rede Referenciada	34
8.2. Acesso à livre escolha de prestadores de serviço	35
8.2.1. Reembolso Completo	36
8.2.2. Reembolso Específico.....	36
8.3. REGRAS E CONDIÇÕES DE REEMBOLSO	36
8.3.1. Nos Planos de Reembolso Completo	36
8.12. Nos Planos de Reembolso Específico	50
9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADMISSÃO	57
10. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	59
11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	60
12. SUSPENSÃO E RESCISÃO DA APÓLICE DE SEGURO.....	61
13. EXCLUSÃO DO SEGURADO	65
14. MODALIDADES DE PAGAMENTO POR CUSTO MÉDIO E FAIXA ETÁRIA	66
15. APURAÇÃO DO PERCENTUAL ÚNICO DE REAJUSTE	67
16. INCIDÊNCIA DO PERCENTUAL ÚNICO DE REAJUSTE	71
17. MECANISMOS DE REGULAÇÃO	71
18. REGRAS DE MANUTENÇÃO DO DEMITIDO E APOSENTADO	76
19. RESPONSABILIDADES DO ESTIPULANTE	81
20. BÔNUS – DESCONTOS	84
21. PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS	84
22. DISPOSIÇÕES GERAIS	87
23. ELEIÇÃO DE FORO	90
GUIA DE LEITURA CONTRATUAL.....	102
• Coberturas adicionais, a depender do plano contratado:	
REMISSÃO POR MORTE DO SEGURADO TITULAR.....	91
SEGURO VIAGEM BRADESCO	93
SERVIÇOS COMPLEMENTARES AO SEGURO VIAGEM BRADESCO	97

**CONDIÇÕES GERAIS
COBERTURA ASSISTENCIAL AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
COLETIVO EMPRESARIAL
SPG 03 A 199 SEGURADOS**

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social: Bradesco Saúde S.A.

CNPJ: 92.693.118/0001-60

Registro na ANS: nº 005711

Classificação da Operadora na ANS: Seguradora especializada em saúde

Endereço: Avenida Rio de Janeiro, 555 – Caju – CEP 20.531-675 – Rio de Janeiro - RJ.

QUALIFICAÇÃO DO ESTIPULANTE

Razão social: []

Nome fantasia se houver: []

CNPJ: []

Endereço: []

CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

Tipo de contratação: Coletivo Empresarial.

Segmentação assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

Formação do preço: Prestabelecido.

Tipo de vínculo do segurado: empregatício/estatutário ativo ou inativo (na condição de ex-contribuinte demitido e aposentado).

Serviços e coberturas adicionais: indicados no documento anexo a estas Condições Gerais, denominado "Atributos do Plano".

Área geográfica de abrangência: área em que a Seguradora garante as coberturas de assistência à saúde contratadas e identificada no documento anexo a estas Condições Gerais, denominado "Atributos do Plano".

Área de atuação: é a especificação do(s) estado(s) ou município(s) de acordo com a área geográfica de abrangência adotada e identificada no documento anexo a estas Condições Gerais, denominado "Atributos do Plano".

Condições Gerais

1. OBJETO DO SEGURO

1.1. Nos termos e limites destas Condições Gerais, este seguro tem por objetivo garantir a cobertura das despesas médicas e hospitalares cobertas, efetuadas com o tratamento do segurado, decorrentes de problemas relacionados à saúde, doença, acidente pessoal e necessidade de atendimento obstétrico, com cobertura de todo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento, no tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com Saúde, 10ª Revisão CID 10, da Organização Mundial de Saúde (OMS), observando-se, ainda, o disposto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, exclusivamente para os tratamentos realizados na área de abrangência geográfica contratada.

1.1.1. Para a utilização deste seguro, a Seguradora disponibilizará uma lista de profissionais e instituições médicas integrantes da rede referenciada do(s) plano(s) contratado(s), sendo o pagamento das despesas cobertas efetuado, pela Seguradora, diretamente ao prestador de serviços referenciado, por conta e ordem do segurado.

1.1.2. Desde que cabível e previsto contratualmente, nas hipóteses em que o atendimento for realizado por profissional não integrante da rede referenciada do plano contratado, as condições e limites de reembolso, constarão nestas condições gerais, na Cláusula “Modalidades de atendimento”, e, se aplicável, estarão indicados no documento anexo a estas Condições Gerais, denominado “Atributos do Plano” contratado.

1.1.2.1. No documento anexo a estas Condições Gerais, denominado “Atributos do Plano”, estão descritos os procedimentos reembolsáveis, bem como as demais características do plano contratado.

1.2. Este seguro privado de assistência à saúde é regido pelo Código Civil Brasileiro, Código de Defesa do Consumidor e pela Lei nº 9.656/98 e suas regulamentações. O contrato é de adesão, bilateral e aleatório, independentemente da ocorrência dos sinistros cobertos.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal

É todo evento, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador

de lesão física, por si só e independentemente de qualquer outra causa, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, que torne necessária a internação hospitalar do segurado ou o seu tratamento em regime ambulatorial.

2.2. Acidente de Trabalho

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

2.3. Atributos do Plano

É o documento que prevê as características específicas do plano contratado, tais como: procedimentos passíveis de reembolso, de acordo com a modalidade contratada (subitens 2.39.1 e 2.39.2), múltiplos de reembolso e respectivos limites contratuais, tipo de acomodação, área geográfica de abrangência, rede referenciada e coparticipação, se houver.

2.4. Autorização Prévia

É a autorização de atendimento fornecida pela Seguradora, a partir de solicitação feita pela instituição referenciada para o atendimento, por meio de senha, com a qual o segurado poderá realizar os procedimentos cobertos junto à rede referenciada, dentro dos limites previstos na Cláusula “Mecanismos de Regulação”.

2.5. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)

É o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde instituído pelo Ministério da Saúde por meio de portaria institucional, obrigatório **para que todo e qualquer estabelecimento de saúde possa funcionar em território nacional**, independentemente de sua natureza jurídica ou de integrem o Sistema Único de Saúde (SUS).

A relação dos estabelecimentos regularmente cadastrados está disponível no site <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>, ou outro que venha a substituí-lo, acessível a qualquer pessoa, garantindo a transparência quanto à legalidade do estabelecimento.

2.6. Carência

É o tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de ingresso do segurado, durante o qual não poderá usufruir das coberturas garantidas por este seguro, até que cumpridos os prazos previstos na Cláusula “Carência”, destas Condições Gerais.

2.7. Cartão de Identificação Digital Bradesco Saúde

É o cartão, disponibilizado nos canais digitais pela Seguradora, no formato digital para

utilização individual e personalizada do segurado, a fim de identificá-lo junto à rede referenciada, facilitando o atendimento e dispensando-o do pagamento imediato dos serviços cobertos pelo seguro. Nos atendimentos na rede referenciada, o Cartão de Identificação Digital, do segurado deverá ser apresentado juntamente com o seu documento de identidade ou o do seu responsável, se este for menor de idade.

2.8. Cobertura Parcial Temporária (CPT)

É o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados da inclusão do segurado, no qual este, quando portador e sabedor de doença ou lesão preexistente, não poderá fazer uso dos seguintes procedimentos:

- a) Procedimento de Alta Complexidade (PAC);**
- b) Internação em leitos de alta tecnologia; e**
- c) Eventos cirúrgicos.**

Em quaisquer dos casos descritos neste item, o atendimento deve estar relacionado a doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo proponente a segurado ou por seu representante legal, bem como constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento.

2.9. Coeficiente de Reembolso de Seguro (CRS)

O CRS é expresso de duas formas no contrato:

2.9.1. Na Proposta de Seguro: é o indexador utilizado, entre outros fatores, para obtenção do valor do reembolso, se aplicável, em moeda corrente nacional, observados os limites contratuais; e

2.9.2. Na Tabela de Reembolso da Bradesco Saúde: É o quantitativo (Unidade Básica) definido para cada procedimento.

- a) Coeficiente de Reembolso de Seguro – Despesa Médica (CRS-DM) - Coeficiente aplicável no cálculo para o reembolso de despesas médicas, assim compreendidos os honorários e serviços; e
- b) Coeficiente de Reembolso de Seguro – Despesa Hospitalar (CRS-DH) - Coeficiente aplicável no cálculo para o reembolso de despesas hospitalares.

2.10. Consultas Médicas Eletivas

Atendimento médico eletivo realizado em consultório (no horário normal ou preestabelecido) por um médico com registro ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM). A consulta do CRM médico é feita pelo site do Conselho Federal de Medicina (CFM).

2.11. Coparticipação

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

A coparticipação não é considerada contribuição para os fins previstos nos artigos 30 e 31, da Lei 9.656/98, conforme estabelecido na Cláusula “Regras de Manutenção do Demitido e Aposentado”.

2.12. Corretor

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

2.13. Dados Pessoais

Qualquer informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável, como por exemplo: nome, CPF, RG, endereço residencial ou comercial, número de telefone fixo ou móvel, endereço de e-mail, informações de geolocalização, entre outros.

2.14. Dados Pessoais Sensíveis

Dados pessoais sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dados referentes à saúde ou à vida sexual, dados genéticos ou biométricos, quando vinculados a uma pessoa natural.

2.15. Data-base

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

2.16. Declaração de Saúde

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

2.17. Documento de Inclusão

É o documento legal, devidamente preenchido, com as informações pertinentes ao grupo familiar de cada um dos segurados titulares a serem incluídos no seguro contratado.

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

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

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

2.18. Doença ou Lesão Preexistente

É aquela que o segurado ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/98 e as diretrizes estabelecidas em Resolução Normativa editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A omissão de informação quanto a declaração de doença ou lesão preexistente, fica sujeita às sanções previstas na regulamentação.

2.19. 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.

2.20. Estipulante

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

Mediante solicitação e, desde que aprovado pela Seguradora, também poderão figurar como Estipulantes as pessoas jurídicas que se reúnam para contratar este seguro, nos termos da Resolução Normativa, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com o respectivo ajuste contratual.

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

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

2.21. Empresário Individual

É a pessoa física, equiparada a pessoa jurídica com situação cadastral ativa junto à Receita Federal do Brasil (CNPJ) e demais órgãos competentes e habilitada à contratação de plano coletivo empresarial pela regulamentação da ANS. A situação cadastral deverá estar ativa

tanto no momento da contratação quanto durante a vigência da apólice.

2.22. 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 consequentes prejuízos econômicos ao segurado.

2.23. Exame Médico para Avaliação de Risco

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

2.24. Guia de Leitura Contratual (GLC)

É um instrumento de apoio ao segurado que visa facilitar a compreensão do conteúdo do contrato por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.

2.25. Grupo Segurável

É o conjunto de pessoas que mantêm vínculo de natureza empregatícia ou estatutária, devidamente comprovado com o Estipulante, definido na Proposta de Seguro. Também poderão enquadrar-se neste grupo os dependentes destas pessoas, assim considerados aqueles definidos no item 2.41.2.

2.25.1. A composição e inclusão dos componentes do grupo segurável obedecerão às regras a seguir definidas:

- a) o grupo segurável deve ser constituído por, no mínimo 3 (três) pessoas, sendo 1 (um) titular, dentre as que se enquadrem na definição de segurado titular e segurado dependente e, no máximo, 199 (cento e noventa e nove) pessoas;
- 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.**

2.25.2. As regras determinadas única e exclusivamente pelo Estipulante, para a constituição de seu grupo segurável a serem informados à Seguradora, não podem conflitar com os termos da Resolução Normativa editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

2.25.3. O ingresso do grupo familiar dependerá da participação do segurado titular no seguro.

2.26. Hospital-Dia (*Day Clinic*):

Trata-se de regime no qual são classificados os procedimentos médicos realizados em centro cirúrgico de hospitais e clínicas, categorizados como até médio porte, quando a permanência do paciente na unidade é requerida por um período máximo de 12 (doze) horas, sendo exigido que o local de realização do procedimento possua o alvará de funcionamento similar ao de um hospital de pequeno porte.

2.27. Hospital-Dia Psiquiátrico:

Trata-se de regime no qual o paciente permanece no hospital, como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, periodicamente, durante no máximo 12 (doze) horas por dia, para a realização de tratamento específico com equipe multidisciplinar, abrangendo um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas, retornando sempre ao domicílio, sem nunca pernoitar.

2.28. Incidentes de Segurança

É qualquer acesso, aquisição, uso, modificação, divulgação, perda, destruição ou dano acidental, ilegal ou não autorizado que envolva dados pessoais.

2.29. Inclusão de Segurado no Seguro

É a aceitação formal, pela Seguradora, do proponente e de seus dependentes, cujas características permitam identificá-los perfeitamente como pertencentes ao grupo segurável. Essa aceitação terá por base as informações fornecidas pelo Estipulante e pelo segurado, e será caracterizada pela disponibilização do Cartão de Identificação Digital do segurado.

2.29.1. Compulsória

É a condição que vincula a contratação do seguro à totalidade do grupo segurável do Estipulante. Nesta modalidade, a inclusão como segurado titular e segurado dependente é feita juntamente com sua incorporação ao grupo segurável, nos prazos previstos nestas Condições Gerais.

2.29.2. Opcional

É a condição em que não há obrigatoriedade de inclusão de todo o grupo segurável vinculado ao Estipulante.

2.30. Internação Hospitalar

Motivada por evento que, por sua gravidade ou complexidade, exija tratamento clínico ou cirúrgico em ambiente hospitalar, 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.

2.31. Limite de Reembolso

É o limite monetário com o qual a Seguradora se compromete a ressarcir o segurado

pela realização de procedimentos reembolsáveis, se previstos na modalidade de reembolso (subitens 2.39.1. e 2.39.2) do plano contratado, indicados nestas Condições Gerais e no documento anexo, denominado “Atributos do Plano”.

2.31.1. Limite de Despesas com Honorários e Serviços Médicos

É o resultado da multiplicação dos seguintes fatores:

- a) o valor do CRS-DM, na data do evento;
- b) a quantidade de CRS-DM referente ao procedimento médico, prevista na Tabela de Honorários e Serviços Médicos da Bradesco Saúde; e
- c) o múltiplo de reembolso contratado para as classes previstas na Tabela de Produto indicado **no documento anexo, denominado “Atributos do Plano”.**

2.31.2. Limite de Despesas Hospitalares

É o resultado da multiplicação dos seguintes fatores:

- a) o valor do CRS-DH, na data do evento;
- b) a quantidade de CRS-DH estabelecida na Tabela de Serviços Hospitalares da Bradesco Saúde; e
- c) o múltiplo de reembolso contratado indicado **no documento anexo, denominado “Atributos do Plano”.**

2.32. Lista de Referência

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

2.33. 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.

2.34. Múltiplos de Reembolso

São os fatores estabelecidos na Tabela de Produtos constante do **documento denominado “Atributos do Plano”, anexo a estas Condições Gerais**, e considerados no cálculo do limite de reembolso dos procedimentos reembolsáveis.

2.35. Prêmio do Seguro

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

2.36. Proposta de Seguro

É o documento formal e legal, preenchido pelo proponente e entregue à Seguradora

juntamente com os documentos de inclusão do grupo segurável, com as informações pertinentes aos participantes da apólice.

Caso as declarações assinadas pelo Proponente, ou por seu representante legal, estejam incompletas ou inexatas, assim influenciando na aceitação do risco e no valor do prêmio, ocorrerá o cancelamento do seguro contratado, conforme prevê a Cláusula “Suspensão e Rescisão da Apólice de Seguro” destas Condições Gerais. **A Proposta é parte integrante do contrato.**

O proponente é responsável pela coleta das informações do segurado e de seus dependentes, sempre em respeito à privacidade dos seus titulares e em conformidade com as disposições da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018) e demais normas aplicáveis sobre o tema.

2.37. Recibo Eletrônico de Serviços de Saúde - Receita Saúde

É o documento hábil à comprovação de despesas com saúde para fins do disposto no art. 97 da Instrução Normativa RFB nº 1.500, de 29 de outubro de 2014, e somente pode ser emitido por profissional de saúde pessoa física com registro regular perante o respectivo conselho profissional.

A emissão do documento é obrigatória no momento da efetivação da prestação de serviços de saúde pelos seguintes profissionais:

- a) dentistas;
- b) fisioterapeutas;
- c) fonoaudiólogos;
- d) médicos;
- e) psicólogos; e
- f) terapeutas ocupacionais.

2.38. Rede Referenciada

É a rede disponibilizada pela Seguradora para a utilização do seguro, por parte de seus segurados, sendo composta, na região contratada, por um conjunto de médicos, hospitais, laboratórios, clínicas e prontos-socorros, entre outros, cujos serviços são diretamente remunerados pela Seguradora, por conta e ordem do segurado, desde que caracterizada a cobertura contratual para o evento objeto da prestação de serviços pretendida.

2.39. Reembolso

É o pagamento, pela Seguradora, das despesas efetivamente desembolsadas pelo segurado, quando da utilização de prestadores de serviços que não façam parte da rede referenciada, observadas as situações e limites indicados nestas Condições Gerais e no documento anexo, denominado “Atributos do Plano”. A Seguradora comercializa planos com características distintas e predefinidas de reembolso, sendo elas:

2.39.1. Reembolso Completo

Nesta modalidade, serão reembolsados todos os procedimentos cobertos pelo plano contratado, observadas as situações e limites indicados nestas Condições Gerais e no documento anexo, denominado “Atributos do Plano”.

2.39.2. Reembolso Específico

Nesta modalidade, o reembolso será exclusivo em consultas médicas eletivas realizadas por um médico com registro ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM) e honorários médicos de paciente internado com prévia autorização de internação em rede referenciada do plano contratado, observadas as situações e limites indicados nestas Condições Gerais e no documento anexo denominado “Atributos do Plano”.

2.40. Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

É a listagem de todos os procedimentos e eventos de cobertura obrigatória, estabelecida e editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de Resolução Normativa, a qual será categórica e deverá ser observada em sua íntegra. As coberturas obrigatórias constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde são atualizadas periodicamente e devem ser observadas pelas operadoras, conforme a segmentação do plano contratado.

2.41. Segurados

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

2.41.1. Segurado Titular

Como segurado titular poderão ser incluídas as pessoas adiante descritas que tenham relação devidamente comprovada com o Estipulante, conforme definido no item 2.25 (Grupo Segurável), desde que previsto na Proposta de Seguro:

- a) empregados;
- b) sócios com poderes de gestão;
- c) administradores;
- d) diretores com vínculo empregatício;
- e) trabalhadores temporários; e
- f) estagiários e menores aprendizes.

2.41.2. Segurado Dependente

Poderão ser incluídas e mantidas como segurados dependentes as pessoas adiante listadas que, comprovadamente, mantenham as seguintes relações com o segurado titular e desde que não conflitem com a legislação vigente à época da contratação:

- a) cônjuge;

- b) companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados) com até 39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade; e
- d) filho(s) (naturais, adotivos ou enteados) de qualquer idade, quando incapacitado(s) para o trabalho, e desde que incluído(s) como dependente(s) no Imposto de Renda do segurado titular, para efeito da declaração de ajuste anual.

2.42. Tabelas de Reembolso da Bradesco Saúde

2.42.1 Tabela de Reembolso de Honorários e Serviços Médicos (TRHSM) – é a tabela que define os valores de referência para os procedimentos reembolsáveis, especificamente nas situações previstas no plano e respectiva modalidade de reembolso (subitens 2.39.1 e 2.39.2) contratados, indicadas no documento denominado “Atributos do Plano”.

A descrição dos procedimentos observa a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), definida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A cada procedimento da Tabela é atribuída uma quantidade de CRS-DM;

2.42.2. Tabela de Reembolso de Serviços Hospitalares (TRSH) - é a tabela que define as quantidades de CRS-DH, para fins de reembolso das despesas hospitalares cobertas (diárias, taxas diversas, aluguéis de equipamentos, curativos, remoções etc.) para os procedimentos reembolsáveis, especificamente nas situações previstas no plano e respectiva modalidade de reembolso (subitens 2.39.1 e 2.39.2) contratados, indicadas no documento denominado “Atributos do Plano”, anexo a estas Condições Gerais.

2.42.3. Somente serão reembolsados os itens previstos na Tabela de Reembolso de Honorários e Serviços Médicos (TRHSM) e Tabela de Reembolso de Serviços Hospitalares (TRSH).

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

2.42.5. 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.

2.43. Titular dos Dados

É a pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento.

2.44. Tratamento de dados

É qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas com dados pessoais ou sobre conjuntos de dados pessoais, por meios automatizados ou não

automatizados, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição.

2.45. Urgência

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

3. COBERTURAS DO SEGURO

A Seguradora cobrirá, por meio de pagamento direto à rede referenciada, por conta e ordem do segurado ou, quando cabível e previsto contratualmente, por reembolso (se previsto na modalidade de reembolso e plano contratados), as despesas relativas à cobertura assistencial, médica, ambulatorial e hospitalar, quando necessárias para o tratamento de todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), e obedecido ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento, observadas as situações e limites indicados nestas Condições Gerais e no documento anexo, denominado "Atributos do Plano".

A cobertura garantida corresponde à segmentação assistencial Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia observada e respeitada a área de abrangência geográfica do plano contratado. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência geográfica contratada, será garantido independentemente do local de origem do evento.

A Seguradora cobrirá, respeitadas as condições e limites definidos nestas Condições Gerais e no documento anexo, denominado "Atributos do Plano", os procedimentos e eventos definidos na Cláusula "Objeto do Seguro", desde que executados por profissional de saúde habilitado e que atenda aos critérios de referenciamento e de reembolso (quando cabível e de acordo com o plano contratado) adotados pela Bradesco Saúde.

Nos planos com segmentação assistencial obstétrica, fica assegurada a cobertura prevista nestas Condições Gerais ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do segurado titular ou do segurado dependente cônjuge ou companheiro, durante os primeiros 30 (trinta) dias de vida, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo pai ou mãe, segurados da apólice, sendo vedada à Seguradora qualquer alegação de doenças ou lesões preexistentes, ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, nos termos da legislação vigente.

3.1. Cobertura Hospitalar

A Seguradora cobrirá, por meio de pagamento direto à rede referenciada, por conta e ordem do segurado ou, quando cabível e previsto contratualmente, por reembolso (se previsto na modalidade de reembolso e plano contratados), as despesas médico-hospitalares cobertas, sem limitação de tempo de internação, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), inclusive em unidade ou centro de terapia intensiva ou similar, a critério do médico assistente, desde que haja necessidade clínica, nas seguintes eventualidades:

- a) internações clínicas e cirúrgicas;
- b) internações decorrentes de emergências ou urgências;
- c) tratamento hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão (CID 10);
- d) atendimentos obstétricos que se relacionem ao pré-natal; gestação; partos normais, que poderão ser realizados por enfermeiro obstétrico habilitado ou obstetrix em ambiente hospitalar; cesarianas e ao puerpério; complicações no processo gestacional, bem como abortos determinados exclusivamente em razão de risco de vida da parturiente, desde que observados os princípios da deontologia médica, além de despesas com berçário;
- e) pequenas intervenções cirúrgicas em ambulatório ou clínica, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento;
- f) Transplantes: observadas as condições e os critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento;
- g) implantes cirúrgicos de órteses e próteses com devido registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), para uso em procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento;
- h) cirurgias restauradoras de funções e a cirurgia plástica que não tenham finalidade estética, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):
 - h1) abdominoplastia em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago e;
 - h2) cirurgia reconstrutiva de mama, utilizando os meios e técnicas necessárias para a correção decorrente de mutilação de tumores do tratamento cirúrgico do câncer de mama e lesões traumáticas;
- i) cobertura da estrutura hospitalar e equipe de saúde necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais,

transfusões utilizadas durante o período de internação hospitalar, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica. Neste caso, estão excluídas as despesas com honorários do cirurgião-dentista e o custo dos materiais odontológicos;

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

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

l) demais tratamentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento.

3.1.1. A Seguradora cobrirá as despesas relativas aos materiais e medicamentos utilizados ou ministrados, com registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), necessários ao atendimento médico-hospitalar, desde que previstos em contrato e utilizados em procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento, por meio de pagamento direto aos estabelecimentos médico-hospitalares ou através de empresas especializadas, por conta e ordem do segurado (plano na modalidade de Reembolso Específico) ou, ainda, quando cabível e previsto contratualmente, por reembolso (plano na modalidade de Reembolso Completo), nos termos previstos na cláusula “Modalidades de Atendimento”.

3.1.1.1 Para o cálculo do referido reembolso (plano na modalidade de Reembolso Completo) de materiais e medicamentos, serão utilizadas as seguintes tabelas, de forma a garantir o que determina a legislação e regulamentação vigentes:

- a) materiais: será utilizada como referência a tabela própria da Bradesco Saúde, e, em caso de ausência de determinado material, serão considerados os valores previstos na tabela SIMPRO; e
- b) medicamentos: será utilizado como referência o preço do fabricante da tabela Brasíndice.

É prerrogativa da Seguradora solicitar Nota Fiscal do fornecedor de qualquer item (material, medicamentos, etc.), quando necessário.

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 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 (indicando marca, modelo e fabricante), anestésicos e medicamentos com registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), necessários ao tratamento, até a alta hospitalar;
- f) gases medicinais indispensáveis ao tratamento, até a alta hospitalar;
- g) acomodação e alimentação, quando fornecidas e incluídas pelo hospital na diária de acompanhante, para 1 (um) acompanhante de paciente internado, nas seguintes condições:
 - g1) crianças e adolescentes com menos de 18 (dezoito) anos e idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade; conforme indicação de médico ou cirurgião dentista assistente;
 - g2) portadores de deficiência, conforme indicação do médico-assistente ou cirurgião dentista assistente;
 - g3) parturiente, durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato (10 dias), salvo contraindicação do médico-assistente, ou, quando houver indicação, limitado ao previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento, e o custo relativo à paramentação de seu acompanhante;
 - g4) caso haja indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada, é garantido ao segurado o acesso à acomodação superior, sem ônus; e
 - g5) Tratando-se de acomodação em quarto coletivo, a Seguradora cobrirá os gastos previstos na alínea "g" do subitem 3.1.2, se no hospital houver disponibilidade de acomodação para acompanhante em enfermaria.
- h) remoção de paciente em ambulância, por via terrestre, de estabelecimento hospitalar para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no seguro contratado, em território brasileiro, quando solicitada e justificada pelo médico assistente;
 - h1) quando da necessidade de remoção, caberá ao estabelecimento hospitalar de origem providenciar o contato com a empresa prestadora do serviço de remoção e certificar-se da existência, no estabelecimento a que se destina o paciente, de recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.
- i) taxas hospitalares previstas na Tabela de Reembolso de Serviços Hospitalares (TRSH), que é parte integrante deste contrato, inerentes à assistência médico-hospitalar; e
- j) despesas relativas a transplantes, quais sejam, as assistenciais com doadores vivos; as com medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), utilizados durante a internação, as com acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e as com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao segurado receptor.
 - j1) Segurados candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação,

Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), e sujeitar-se-ão aos critérios de fila única de espera e de seleção.

3.1.3 Psiquiatria

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

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

3.1.3.2. A partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, contínuo ou não, haverá coparticipação do segurado, na forma de percentual, sobre o valor das despesas médico-hospitalares, dentro de um mesmo período anual de vigência do plano.

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

3.1.3.3. A coparticipação prevista no subitem anterior será cobrada ainda que o plano contratado não preveja coparticipação para os outros procedimentos médico-hospitalares.

3.1.3.4. O segurado dispõe de dias ilimitados para tratamento em regime de hospital-dia, de acordo com as Diretrizes de Utilização definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

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

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

- a) honorários médicos relativos aos procedimentos clínicos e cirúrgicos cobertos realizados durante a internação, os quais incluem os serviços prestados pelo médico assistente, auxiliar(es), anestesista e instrumentador, quando previstos na Tabela de Reembolso de Honorários e Serviços Médicos (TRSHM), que é parte integrante deste contrato;
- b) honorários médicos referentes a procedimentos de diagnose e terapias constantes do Rol vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

- c) exames laboratoriais para controle da evolução da doença constantes do Rol vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- d) exames anatomopatológicos, radiológicos e cintilográficos, desde que referentes a tratamentos cobertos, indispensáveis ao controle da evolução da doença e a sua elucidação diagnóstica, constantes do Rol vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- e) transfusão de sangue e seus derivados;
- f) tratamento de quimioterapia e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral de acordo com as condições estabelecidas nas Diretrizes de Utilização do Rol vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), radioterapia, hemodiálise, hemodiafiltração, diálise peritoneal - CAPD, hemoterapia, nutrição parenteral ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolização, radiologia intervencionista, exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos e fisioterapia, segundo necessidade clínica; e
- g) outras despesas constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento.

3.1.5. Ventilação Mecânica Invasiva Contínua na extensão da internação hospitalar

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

- . **Condições Gerais, dentre elas a atribuição do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) de possuir sistema de comunicação que garanta o acionamento da equipe, serviços de retaguarda, apoio ou suporte logístico em caso de urgência e emergência, bem como a garantia da remoção ou retorno à internação hospitalar;**
- . **Condições Específicas, dentre elas o acompanhamento por profissional da EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar;**
- . **Recursos Humanos;**
- . **Infraestrutura física;**
- . **Equipamentos, medicamentos e materiais;**
- . **Procedimentos de suporte técnico e logístico; e**

. Avaliação da assistência domiciliar.

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

- a) suprimento de água potável;**
- b) fornecimento de energia elétrica;**
- c) meio de comunicação de fácil acesso;**
- d) facilidade de acesso para veículos;**
- e) ambiente com janela, específico para o paciente, e com dimensões mínimas para um leito e equipamentos;**
- f) cuidador (pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana). As orientações verbais e escritas ao cuidador, sempre em linguagem clara, são de responsabilidade do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD); e**
- g) proximidade a um local para atendimento de urgência e emergência e internação hospitalar.**

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

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

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

3.2. Cobertura Ambulatorial

A Seguradora cobrirá, por meio de pagamento direto à rede referenciada, por conta e ordem do segurado ou, quando cabível e previsto contratualmente, por reembolso (se previsto na modalidade de reembolso e plano contratados), as despesas realizadas com consultas médicas, exames e procedimentos seriados e/ou terapias cobertos, bem como as decorrentes de cirurgias ambulatoriais cobertas que não necessitem de internação

hospitalar.

Serão cobertos, ainda, os medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, e os medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, de acordo com as condições estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementa (ANS) vigente à época do evento, bem como equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina, através de reembolso dentro dos limites estabelecidos no contrato e conforme Protocolo de Utilização (Prout), estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento.

3.2.1. Consultas Médicas

A seguradora cobrirá, conforme previsto no item 3.2., as despesas provenientes de consultas médicas, em número ilimitado, prestadas por clínicos ou especialistas legalmente habilitados, em clínicas básicas e especializadas, inclusive as obstétricas relativas ao pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), na forma do art. 12, inciso I, alínea "a" da Lei nº 9.656/98.

3.2.2. Exames Clínicos e Laboratoriais

A Seguradora cobrirá, quando solicitado através de pedido médico, exames constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento.

3.2.3. Procedimentos Seriados e/ou Terapias - aqueles realizados em sessões sucessivas

A Seguradora cobrirá, quando realizadas por indicação médica, segundo necessidade clínica, quando previsto no rol vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

- a) atendimento com fisioterapia, realizada por fisioterapeuta ou médico na especialidade de medicina física e reabilitação (fisiatra), decorrente de acidente ou doença, inclusive ocupacional;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia, incluindo a radiomoldagem, o radioimplante e a braquiterapia;
- d) litotripsia;
- e) hemodiálise, hemodiafiltração e diálise peritoneal;
- f) hemoterapia e hemodinâmica ambulatoriais;
- g) atendimento com nutricionista, observadas as condições e os critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento;

- h) consulta/avaliação e sessão com fonoaudiólogo, observadas as condições e os critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento;
- i) atendimento com terapeuta ocupacional, observada, as condições e os critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento;
- j) consulta/avaliação e sessão com psicólogo ou sessão de psicoterapia, observadas as condições e os critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento;
- k) demais terapias integrantes, observadas, as condições e os critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento; e
- l) procedimentos de reeducação e reabilitação física, observada as condições e os critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento.

3.2.3.1. A Seguradora cobrirá as despesas relativas aos materiais e medicamentos utilizados ou ministrados, com registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), necessários ao atendimento ambulatorial, por meio de pagamento diretamente aos médicos, aos estabelecimentos médico-hospitalares ou através de empresas especializadas, por conta e ordem do segurado (plano na modalidade de Reembolso Específico) ou, ainda, quando cabível e previsto contratualmente, por reembolso (plano na modalidade de Reembolso Completo), nos termos previstos na cláusula “Modalidades de Atendimento”.

3.2.4. Psiquiatria

A seguradora cobrirá, por meio de pagamento direto à rede referenciada, por conta e ordem do segurado ou, quando cabível e previsto contratualmente, por reembolso (se previsto na modalidade de reembolso e planos contratados) 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 autoagressão;
- b) 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 cobertos; e
- c) atendimentos clínicos ambulatoriais decorrentes de transtornos psiquiátricos, inclusive os procedimentos médicos necessários ao atendimento de lesões autoinfligidas.

3.3. Das Coberturas Adicionais

3.3.1. Quando o Estipulante optar por planos que possuam coberturas adicionais, deverão ser observadas as regras e condições descritas e indicadas em instrumento contratual que integrará estas Condições Gerais.

4. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

4.1. Sem prejuízo ao disposto na Cláusula “Modalidades de Atendimento”, nos casos caracterizados como de urgência ou emergência, assim considerados aqueles estabelecidos na Cláusula “Definições”, o segurado poderá ser atendido em quaisquer dos prontos-socorros constantes na Lista de Prestadores Referenciados do plano contratado e que estarão devidamente identificados.

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

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

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

- a) o segurado estiver submetido à Cobertura Parcial Temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) relacionados às doenças ou lesões preexistentes; ou
- b) o segurado ou a segurada gestante, ainda esteja cumprindo prazo de carência para internação.

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

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

4.6. Limite de Reembolso

Nas situações de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos prestadores da rede referenciada do plano contratado, o segurado poderá solicitar o reembolso dos valores que tenham sido desembolsados, desde que o atendimento tenha ocorrido dentro da área de abrangência geográfica e da área de atuação indicados no documento anexo a estas Condições Gerais, denominado "Atributos do Plano", não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral. Aplicam-se, no que couber, as regras e as condições previstas na Cláusula "Modalidades de Atendimento".

4.6.1. Nos planos com modalidade de reembolso específico (aqueles que garantem o reembolso exclusivamente em consultas médicas eletivas relacionadas ao pré-natal, realizadas em consultório, por médico com registro ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM), da assistência ao parto e puerpério e honorários médicos de paciente internado com prévia autorização de internação em rede referenciada no plano contratado) o valor do reembolso das despesas efetuadas pelo segurado, nas condições previstas nessa cláusula, será realizado considerando 1 (uma) vez a Tabela de Reembolso de Honorários e Serviços Médicos (TRHSM) e Tabela de Reembolso de Serviços Hospitalares (TRSH), nos termos e limites destas Condições Gerais, conforme previsto no inciso VI, artigo 12, da Lei nº 9.656/98.

4.6.2. Nos planos com modalidade de reembolso completo (aqueles que garantem o reembolso de todos os procedimentos cobertos pelo plano contratado) o valor do reembolso das despesas efetuadas pelo segurado, serão reembolsáveis nos termos

e limites previstos nestas Condições Gerais, considerando os múltiplos indicados no documento anexo, denominado "Atributos do Plano".

4.7. Remoção

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

4.7.1. Alternativamente, o segurado e seu médico responsável, em comum acordo, poderão optar pela remoção para outro estabelecimento, não pertencente à rede referenciada. Neste caso, caberá ao segurado efetuar o pagamento da remoção diretamente ao prestador.

4.7.1.1. O direito ao reembolso, na situação prevista no subitem anterior, não se aplica aos planos contratados na modalidade de reembolso específico (subitem 2.38.2)

4.8. A cobertura de remoção, para unidade própria do Sistema Único de Saúde (SUS) ou a ele conveniada, ocorrerá nos seguintes casos:

- a) após o atendimento de urgência e emergência, quando o segurado submetido à Cobertura Parcial Temporária (CPT) necessitar de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e/ou Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) relacionados às doenças ou lesões preexistentes; ou**
- b) após o atendimento de urgência e emergência, no caso de segurado que ainda está cumprindo carência para internação.**

4.8.1. Nestes casos são aplicáveis as seguintes regras:

- a) caso não haja possibilidade de remoção em razão de risco de vida do segurado seu representante ou responsável deverá negociar com o prestador de serviços a responsabilidade financeira pela continuidade da assistência ao segurado;**
- b) a Seguradora garantirá ao paciente a cobertura de remoção, cabendo ao estabelecimento hospitalar de origem providenciar o contato com a empresa prestadora de serviço de remoção, para uma unidade própria do Sistema Único de Saúde (SUS) ou a ele conveniada, que disponha dos recursos necessários a garantir continuidade de seu atendimento. Para a remoção, será utilizada ambulância que disporá de todos os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, ficando assegurada a assistência ao paciente até que seja efetivado o seu registro na unidade própria do Sistema Único de Saúde (SUS) ou a ele conveniada; e**

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

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

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

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

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

d) de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não pertencente à rede referenciada do plano contratado e localizado fora de sua área de atuação, para um estabelecimento hospitalar integrante da rede referenciada do plano contratado, apto a realizar o devido atendimento, nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano contratado e na indisponibilidade ou inexistência de prestador, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento; e

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

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

5. EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1. Estão expressamente excluídas da cobertura deste seguro as despesas médico-hospitalares não previstas nestas Condições Gerais, na Cláusula “Coberturas do Seguro”, e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento, decorrentes de ou realizadas com:

- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, conforme definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e demais órgãos competentes;
- b) consultas, assistência e internação domiciliar ou qualquer outra assistência realizada por profissional de saúde em ambiente domiciliar ("home care"), exceto a internação definida na alínea adiante - "b1" - cujas condições estão descritas na Cláusula "Coberturas do Seguro", destas Condições Gerais, em item específico:
 - b1) a extensão da internação hospitalar coberta pelo seguro, em ambiente domiciliar, desde que indicada pelo médico-assistente do paciente, para o domicílio indicado pelo representante legal do segurado-paciente, tão somente nos casos em que este necessitar de Ventilação Mecânica Invasiva Contínua.
- c) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, exceto aqueles cobertos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento;
- d) inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, congelamento de óvulos entre outras técnicas utilizadas para fins de inseminação artificial;
- e) tratamento de rejuvenescimento ou de redução de peso em clínica de emagrecimento, spas, comunidades terapêuticas, clínica de repouso e estâncias hidrominerais;
- f) escleroterapia de veias, independentemente da técnica;
- g) tratamento ou acolhimento de idosos ou portadores de necessidades especiais em clínica de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas, bem como internações em ambiente hospitalar que não sejam decorrentes de indicação médica;
- h) medicamentos importados não nacionalizados;
- i) exames de genética realizados fora do território nacional, independente da coleta do material realizado no Brasil;
- j) vacinas;
- k) medicamentos de qualquer natureza, administrados em ambiente domiciliar ou no atendimento ambulatorial, exceto:
 - k1) se o atendimento ambulatorial for caracterizado como de urgência ou emergência; e
 - k2) os medicamentos antineoplásicos orais e os medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, de acordo com as condições estabelecidas nas Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

- l) curativo simples, exceto se realizados durante a internação hospitalar ou, em nível ambulatorial, se houver prescrição médica para a sua realização por profissional de saúde habilitado;**
- m) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, bem como exames não reconhecidos pelos órgãos governamentais competentes nem por sociedade médico-científicas brasileiras e taxas, materiais, contrastes, medicamentos e demais insumos que:
 - m1) não estejam regularizados e/ou registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);**
 - m2) sua indicação não conste na bula ou no manual igualmente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e/ou**
 - m3) não estejam disponibilizados pelo fabricante.****
- n) quaisquer procedimentos e eventos executados por profissional de saúde não habilitado para a sua realização conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais;**
- o) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- p) procedimentos odontológicos, ainda que decorrentes de acidente pessoal, exceto:
 - p1) cirurgias bucomaxilofaciais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, na segmentação saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento; e**
 - p2) procedimentos odontológicos ambulatoriais que, por imperativo clínico, necessitem de ambiente hospitalar. Nesse caso, estão excluídas as despesas com honorários do cirurgião-dentista e o custo dos materiais odontológicos;****
- q) enfermagem em caráter particular, seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;**
- r) órteses ou próteses não implantadas cirurgicamente (externas), ou que possuam finalidade estética e que não visem restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, assim entendidas como:
 - r1) prótese, qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido; e**
 - r2) órtese, qualquer material permanente ou transitório, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido;****
- s) procedimentos relacionados com a manutenção de Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), com a realização de exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais, conforme Norma Regulamentadora nº 7 do Ministério do Trabalho;**
- t) *check-up*, entendido como a solicitação e a realização de exames na ausência de sintomas objetivos ou doença;**

- u) cirurgia refrativa em condições diferentes das estabelecidas, inclusive quanto ao grau, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), vigente à época do evento;
- v) internações, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;
- w) remoção aérea e marítima, e a terrestre que ocorrer nos seguintes casos:
 - w1) de local público ou privado que não seja unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento – ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade ou inexistência de prestadores credenciados, conforme previsto em Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que dispõe sobre a garantia de atendimento; e
 - w2) de unidade referenciada para outra não referenciada;
- x) despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente;
- y) quaisquer despesas não relacionadas com o atendimento, tais como serviços telefônicos, frigobar, TV, etc.;
- z) equipamentos e aparelhos para utilização após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários à continuidade do tratamento do segurado;
- aa) despesas com acompanhante de pacientes, exceto às previstas na alínea “g” do subitem 3.1.2.;
- bb) RPG (Reeducação Postural Global);
- cc) procedimento realizado em estabelecimento de saúde que não esteja com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) devidamente regularizado e ativo;
- dd) transplantes não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e
- ee) nos planos com modalidade de reembolso específico, o reembolso de honorários médicos relativos a exames realizados em caráter ambulatorial ou em regime de internação, à exceção da atuação do médico como anestesista na realização do exame e desde que a sua participação esteja prevista na Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Saúde.

6. CARÊNCIA

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

- a) 24 (vinte e quatro) horas, para os casos de urgência e emergência;
- b) 300 (trezentos) dias para o parto a termo; e
- c) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

6.2. Estarão isentos do cumprimento dos prazos de carência fixados nesta cláusula os segurados que ingressarem em apólices cujo número de vidas seguradas seja igual ou superior a 30 (trinta), considerando a data do seu ingresso, desde que:

- a) o pedido de inclusão seja feito, à Seguradora, em até 30 (trinta) dias da data do início de vigência da apólice, para os segurados que já pertencem ao grupo segurável na época da contratação do seguro; ou
- b) o pedido de inclusão seja feito, à Seguradora, em até 30 (trinta) dias a contar de sua admissão, no caso do segurado titular, ou no caso de dependentes, em até 30 (trinta) dias contados do evento que os tornou elegíveis: – admissão/elegibilidade do titular, casamento/união estável e nascimento/adoção –, para aqueles que ingressem no grupo segurável, após a data do início desta apólice.

7. DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES

7.1. As condições estabelecidas nesta cláusula se aplicam, exclusivamente, aos segurados que se enquadrem em uma das situações adiante:

- a) segurados que ingressem em apólices cujo número de vidas seja inferior a 30 (trinta), considerando a data do seu ingresso;**
- b) segurados cuja solicitação de inclusão seja feita à Seguradora após 30 (trinta) dias do início de vigência da apólice, para àqueles que já pertenciam ao grupo segurável na época de contratação do seguro; e**
- c) segurados cuja solicitação de inclusão seja feita à Seguradora após 30 (trinta) dias de sua elegibilidade, para aqueles que ingressem no grupo segurável, após a data do início desta apólice.**

7.2. Além do preenchimento da Declaração de Saúde, constante da Proposta de Seguro e descrita na Cláusula “Definições”, a Seguradora se reserva o direito de exigir do proponente a segurado - titular ou dependente - a realização de Exame Médico para Avaliação de Risco, arcando com as despesas necessárias.

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

7.2.2. A critério do Proponente, a Declaração de Saúde será preparada sob orientação médica, especialmente no que diz respeito a Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) à data do preenchimento da Proposta de Seguro, cujos sintomas já sejam de conhecimento do(s) interessado(s) na cobertura oferecida pelo seguro, sob pena de, após regular trâmite na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), este vir a ser considerado fraudado e, por isso, cancelado.

7.2.2.1. O proponente poderá escolher um médico, dentre os pertencentes à lista de

profissionais médicos da rede de prestadores referenciados pela Seguradora, para orientá-lo no preenchimento da declaração, sem qualquer ônus. Caso opte por um profissional de sua livre escolha, o proponente assumirá o ônus financeiro dessa entrevista.

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

7.4. A Doença ou Lesão Preexistente poderá ser identificada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova.

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

7.5. Em nenhuma hipótese haverá recusa da Seguradora em aceitar o proponente a segurado caso seja constatada alguma patologia ou lesão na Declaração de Saúde ou no Exame Médico para Avaliação de Risco.

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

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

- a) oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) na forma definida nestas Condições Gerais e nas informações constantes na Carta de Orientação ao segurado (anexa à documentação de inclusão); ou**
- b) solicitar a abertura de processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em razão dessa omissão.**

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

7.7.2. Não obstante o disposto no item anterior, é resguardado o direito, sem prejuízo de eventual ação judicial cível e criminal a ser distribuída por esta Seguradora, ao ressarcimento de demais despesas relacionadas à Doença ou Lesão Preexistente (DLP) e responsabilização dos envolvidos.

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

7.7.4. Até a decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não haverá suspensão do contrato nem do atendimento.

7.8. Não haverá aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, nos casos de doença ou lesão preexistente, para os segurados que ingressem em apólices cujo número de vidas seja igual ou superior a 30 (trinta), considerando a data de seu ingresso, desde que:

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

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

8. MODALIDADES DE ATENDIMENTO

8.1. Atendimento na Rede Referenciada

8.1.1. A Seguradora disponibiliza uma Rede Referenciada para a utilização do seguro, por parte de seus segurados, sendo composta, na região contratada, por um conjunto de médicos, hospitais, laboratórios, clínicas e prontos-socorros, entre outros, 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.

8.1.2. Quando o segurado optar por utilizar a rede referenciada, não haverá desembolso pelos serviços médico-hospitalares. Estes serão pagos pela Seguradora diretamente ao prestador referenciado, por conta e ordem do segurado, observadas as condições do produto contratado, conforme as regras detalhadas adiante. Nesta hipótese, não será devido o reembolso.

8.1.3. A Seguradora não procederá com a autorização, caso seja constatada

inexatidão ou omissão de informações nas declarações constantes da documentação necessária à internação hospitalar ou à realização de procedimentos médicos.

8.1.4. O atendimento aos segurados na rede referenciada fica restrito aos profissionais e instituições médico-hospitalares constantes da Lista de Referência, de acordo com as especialidades e procedimentos médicos nela indicados e conforme regras e limites do plano contratado.

8.1.4.1. A Seguradora disponibilizará em seu Portal na Internet (www.bradescosau.de.com.br) e no aplicativo Bradesco Saúde, a relação atualizada de prestadores médico-hospitalares que compõem as redes referenciadas. Também será disponibilizada no Portal, ou, alternativamente, nos canais de atendimento, através dos telefones constantes destas Condições Gerais, relação contendo as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas nas redes referenciadas nos 180 (cento e oitenta) dias anteriores à data da consulta.

A Rede Referenciada poderá ser alterada, a qualquer tempo, observados os critérios estabelecidos na legislação vigente, em especial o art. 17 da Lei 9.656/98.

8.1.4.2. Para utilização de profissionais ou instituições da Rede Referenciada será indispensável a apresentação, pelo segurado, do Cartão de Identificação Digital, acompanhado do documento de identidade e prévia autorização do procedimento, quando necessária.

8.1.5. Caracterizada a cobertura contratual para o evento objeto da prestação de serviços pretendida, seja em atendimento médico-hospitalar ou ambulatorial, as despesas relativas aos materiais e medicamentos necessários serão custeadas pela Seguradora, por meio de pagamento direto aos estabelecimentos médico-hospitalares, aos médicos ou através de empresas especializadas, por conta e ordem do segurado.

8.1.6. Todos os procedimentos (consultas, internações, serviços auxiliares de diagnose e terapia), inclusive nos casos de urgência e emergência, cobertos por este Contrato, serão realizados exclusivamente na Rede Referenciada da Seguradora ou, quando cabível e previsto contratualmente, por reembolso, de acordo com o plano contratado, observadas as situações e limites indicados nestas Condições Gerais e no documento anexo, denominado "Atributos do Plano".

8.2. Acesso à livre escolha de prestadores de serviço

O acesso à livre escolha de prestadores, observada a modalidade de reembolso contratada, possibilita ao segurado utilizar prestadores de serviços que não integrem a rede referenciada, nas situações e limites indicados nestas Condições

Gerais e no documento anexo, denominado “Atributos do Plano”.

Quanto à modalidade de reembolso, a Seguradora comercializa planos com características distintas e predefinidas, sendo elas:

8.2.1. Reembolso Completo

Na hipótese de contratação de plano com essa característica, serão reembolsados todos os procedimentos cobertos pelo plano contratado, observadas as situações e limites indicados nestas Condições Gerais e no documento anexo, denominado “Atributos do Plano”.

8.2.2. Reembolso Específico

Na hipótese de contratação de plano com essa característica, o reembolso será exclusivo em consultas médicas eletivas realizadas por um médico com registro ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM) e honorários médicos de paciente internado com prévia autorização de internação em rede referenciada do plano contratado, observadas as situações e limites indicados nestas Condições Gerais e no documento anexo, denominado “Atributos do Plano”.

8.3. DAS REGRAS E CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

8.3.1. Nos Planos de Reembolso Completo

Se o segurado optar por utilizar prestadores de serviços que não integrem a rede referenciada, observadas as situações e limites indicados nestas Condições Gerais e no documento anexo, denominado “Atributos do Plano”, o pagamento dos serviços, inclusive os relativos aos casos de urgência e emergência, será feito por reembolso ao segurado, para eventos cobertos pelo seguro, e desde que o prestador esteja localizado na área de abrangência geográfica e na área de atuação contratadas, respeitados os limites contratuais.

8.3.2. O segurado titular e/ou seus dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas e comprovadamente pagas, as quais serão reembolsadas somente em conta do segurado titular, conforme o plano contratado, desde que cumpridos os critérios estabelecidos abaixo:

a) sejam decorrentes de procedimentos e eventos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, sendo observados os limites e as regras previstas nas Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas (DC) e Protocolo de Utilização (PROUT) editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigentes à época do evento;

b) mediante a apresentação de notas fiscais ou recibos Receita Saúde (v. item 2.37 da Cláusula Definições), juntamente com o comprovante que demonstre o efetivo desembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, como por exemplo, comprovante de transferência bancária, comprovante de PIX, comprovante de

cartão de crédito ou cartão de débito, comprovante de compensação de cheque ou comprovante de saque ou similar que sustente a origem do valor pago em espécie para o prestador que realizou o atendimento;

c) o prestador de serviço e o estabelecimento de saúde devem estar, na data do evento, habilitados/autorizados para a execução do procedimento objeto do reembolso e suas atividades devem estar em conformidade com o cadastrado nos órgãos governamentais/Conselhos Profissionais; e

d) o prestador utilizado pelo segurado não seja referenciado da Seguradora para o evento e ou procedimento objeto do pedido.

8.3.3. Nesta modalidade, poderão ser reembolsados todos os procedimentos cobertos pelo plano contratado, observadas as situações e limites indicados nestas Condições Gerais e no documento anexo, denominado “Atributos do Plano”.

8.3.4. As despesas com procedimentos e/ou serviços médico-hospitalares sem previsão de cobertura no plano contratado não serão reembolsadas.

8.3.5. Os documentos para a solicitação de reembolso deverão ser encaminhados por meio dos canais digitais, indicados pela Seguradora no seu site (www.bradescosaude.com.br) ou outro que venha a substituí-lo, observados os requisitos e/ou processos de segurança digital, tais como: dados de acesso login e senha (pessoal e intransferível) e biometria.

8.4. Documentação necessária nos Planos de Reembolso Completo

Para o efetivo reembolso, observadas as situações e limites indicados nestas Condições Gerais e no documento anexo, denominado “Atributos do Plano”, o segurado deverá apresentar os documentos descritos adiante:

8.4.1. Consulta Médica

Para a solicitação de reembolso das consultas médicas realizadas em prestadores não integrantes da rede referenciada do produto contratado, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

a) Nota Fiscal ou recibo Receita Saúde:

a1) em caso de Pessoa Jurídica (clínica ou hospital): nota fiscal, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, razão social e CNPJ da instituição e registro ativo no conselho do profissional que realizou o atendimento;

a2) em caso de Pessoa Física: recibo Receita Saúde, emitido pelo prestador que realizou o evento/procedimento, via aplicativo da Receita Federal, opção Receita Saúde, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, o CPF e seu registro ativo no

conselho profissional, endereço e telefone do profissional que realizou a consulta e do local onde ele foi realizado;

a3) em ambos os casos, na data do procedimento, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) deverá estar ativo e regularizado;

b) comprovante de pagamento ou do efetivo desembolso, na forma descrita no item 8.3.2, alínea “b” destas Condições Gerais.

8.4.2. Exames

Nos casos em que o segurado realizar exames clínicos ou de imagem em prestador não integrante da rede referenciada do plano contratado, deverá solicitar o reembolso mediante a apresentação de:

a) pedido médico datado, assinado e carimbado contendo nome do paciente, nome técnico de cada exame realizado, sem siglas ou códigos, bem como a correspondente metodologia, caso exista mais de um método diagnóstico disponível, e indicação para a respectiva solicitação;

b) Nota Fiscal ou recibo Receita Saúde:

b1) em caso de Pessoa Jurídica (clínica ou hospital): nota fiscal, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, razão social e CNPJ da instituição e registro ativo no conselho do profissional que realizou o atendimento;

b2) em caso de Pessoa Física: recibo Receita Saúde, emitido pelo prestador que realizou o evento/procedimento, via aplicativo da Receita Federal, opção Receita Saúde, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, o CPF e seu registro ativo no conselho profissional, endereço e telefone do profissional que realizou a consulta e do local onde ele foi realizado;

b3) em ambos os casos, na data do procedimento, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) deverá estar ativo e regularizado;

c) comprovante de pagamento ou do efetivo desembolso, na forma descrita no item 8.3.2., alínea “b” destas Condições Gerais; e

d) laudo dos exames relacionados à cobrança apresentada.

8.4.2.1. Quando realizados exames de imagem (radiografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética etc.), também deverá constar, na documentação apresentada para reembolso, a região examinada e, se for o caso, a descrição dos materiais (indicando marca, modelo e fabricante) e medicamentos, com seus valores unitários discriminados.

8.4.2.2. Nos casos de realização de exames genéticos, deverão ser enviados, adicionalmente:

a) relatório médico informando: indicação relacionada à conduta terapêutica, quadro clínico, histórico familiar, a análise do heredograma, hipótese diagnóstica, laudos dos

exames realizados para a elucidação diagnóstica da patologia, informando os genes a serem pesquisados e a metodologia utilizada, e se foram realizados em território nacional. A solicitação do exame deverá ser feita por profissional listado na respectiva Diretriz de Utilização (DUT) vigente à época do evento.

8.4.3. Procedimentos Ambulatoriais

Na realização de cirurgias de pequeno porte ou atendimentos em prontos socorros em prestadores não integrantes da rede referenciada do plano contratado, o segurado deverá apresentar:

a) relatório médico, datado, assinado e carimbado contendo nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado e, nos casos de pequenas cirurgias, a correspondente indicação clínica, com a descrição detalhada das lesões e os procedimentos realizados para cada uma delas e os resultados dos principais exames pré e pós-operatórios,

b) laudo anatomopatológico, se houver;

c) boletim operatório, se houver;

d) Nota Fiscal ou recibo Receita Saúde:

d1) em caso de Pessoa Jurídica (clínica ou hospital): nota fiscal, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, razão social e CNPJ da instituição e registro ativo no conselho do profissional que realizou o atendimento;

d2) em caso de Pessoa Física: recibo Receita Saúde, emitido pelo prestador que realizou o evento/procedimento, via aplicativo da Receita Federal, opção Receita Saúde, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, o CPF e seu registro ativo no conselho profissional, endereço e telefone do profissional que realizou a consulta e do local onde ele foi realizado;

d3) em ambos os casos, na data do procedimento, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) deverá estar ativo e regularizado; e

e) comprovante de pagamento ou do efetivo desembolso, na forma descrita no item 8.3.2., alínea "b" destas Condições Gerais.

8.4.3.1. Caso o procedimento realizado seja a vasectomia/laqueadura tubária, deverá ser enviado, ainda, documento complementar, com a expressa manifestação da vontade do segurado/paciente, em que constem informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

8.4.3.2. Na realização de cirurgias refrativas, será necessário o envio, em complemento à documentação constante no subitem 8.4.3, de relatório do médico assistente informando o erro de refração (expresso em graus) que justificou o referido procedimento cirúrgico.

8.4.3.3. Nos documentos citados nas alíneas “a” e “d” do subitem 8.4.3 devem constar as descrições dos materiais (indicando marca, modelo e fabricante), medicamentos, taxas e outras despesas, com seus respectivos valores unitários.

8.4.3.4. A Seguradora cobrirá as despesas relativas aos materiais e medicamentos necessários ao atendimento ambulatorial, por meio de pagamento diretamente aos médicos, aos estabelecimentos médico-hospitalares ou através de empresas especializadas, por conta e ordem do segurado (plano na modalidade de Reembolso Específico) ou, ainda, quando cabível e previsto contratualmente, por reembolso (plano na modalidade de Reembolso Completo), nos termos previstos na cláusula “Modalidades de Atendimento”.

8.4.4. Internação, Inclusive de Natureza Obstétrica

As internações clínicas ou cirúrgicas serão reembolsadas mediante o cumprimento, por parte do segurado, das condições adiante:

8.4.4.1. Despesas Hospitalares

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

- a) relatório médico contendo nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, indicação para a internação e descrição e período do atendimento;
- b) Nota fiscal e recibo de quitação emitida pelo hospital, contendo: nome do paciente, data do evento, valor pago, razão social, CNES ativo e regularizado, na data do evento e CNPJ do hospital;
- c) fatura emitida pelo hospital com a descrição detalhada da conta hospitalar individualizando os itens, inclusive diárias, taxas, relação de materiais (indicando marca, modelo, fabricante e registro na ANVISA) e medicamentos (registrados na ANVISA) utilizados e exames efetuados e cobrados do segurado durante a internação, com os respectivos valores unitários, data da alta e período de cobrança; e
- d) comprovante de pagamento ou do efetivo desembolso, na forma descrita no item 8.3.2., alínea “b” destas Condições Gerais.

8.4.4.1.1. Para o cálculo do referido reembolso de materiais e medicamentos, serão utilizadas as seguintes tabelas, de forma a garantir o que determina a legislação e regulamentação vigentes:

- a) materiais: será utilizada como referência a tabela própria da Bradesco Saúde, e, em caso de ausência de determinado material, serão considerados os valores previstos na tabela SIMPRO; e
- b) medicamentos: será utilizado como referência o preço do fabricante, da tabela Brasíndice.

É prerrogativa da Seguradora solicitar Nota Fiscal do fornecedor de qualquer item (material, medicamentos, etc.), quando necessário.

8.4.4.2. Honorários Médicos

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

- a) relatório médico, datado, assinado e carimbado, contendo nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, indicação para a internação, descrição e período do atendimento;
- b) prontuário médico com visita médica registrada;
- c) laudo anatomopatológico (se houver);
- d) boletim operatório com a descrição do ato cirúrgico;
- e) laudo dos exames de imagem e laboratoriais pré e pós-operatórios relacionados à patologia;
- f) pareceres de especialistas relacionados à patologia, se houver;
- g) Nota Fiscal ou recibo Receita Saúde:
 - g1) em caso de Pessoa Jurídica (clínica ou hospital): nota fiscal, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, razão social e CNPJ da instituição e registro ativo no conselho do profissional que realizou o atendimento;
 - g2) em caso de Pessoa Física: recibo Receita Saúde, emitido pelo prestador que realizou o evento/procedimento, via aplicativo da Receita Federal, opção Receita Saúde, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, o CPF e seu registro ativo no conselho profissional, endereço e telefone do profissional que realizou a consulta e do local onde ele foi realizado;
 - g3) em ambos os casos, na data do procedimento, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) deverá estar ativo e regularizado;
- h) nos atendimentos ao parto (vaginal ou cesáreo) deverá ser enviado o partograma; e
- i) comprovante de pagamento ou do efetivo desembolso, na forma descrita no item 8.3.2., alínea "b" destas Condições Gerais.

8.4.4.2.1. Caso o procedimento realizado seja a vasectomia/laqueadura tubária, deverá ser enviado, ainda, o documento complementar descrito no subitem 8.4.3.1.

8.4.4.2.2. Adicionalmente, devem constar em um dos documentos citados nas alíneas "a" e "f", do item 8.4.4.2 a participação e os valores correspondentes a cada membro da equipe que realizou o atendimento (cirurgião, 1º auxiliar, 2º auxiliar etc.). No caso de atendimento clínico, devem ser informados a especialidade, o número e as datas das visitas hospitalares cobradas.

8.4.4.3. Remoção em Ambulância

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

- a) relatório médico, datado, assinado e carimbado, informando o nome do paciente, diagnóstico e indicação clínica para a remoção;
- b) Nota Fiscal, original e quitada emitida pela empresa de remoção, contendo: o nome do paciente, data da remoção, valor pago, quilometragem percorrida, local de partida e destino, tempo de espera, se houver, tipo de ambulância (UTI ou simples), descrição do valor dos honorários médicos, se houver, razão social e CNPJ da empresa; e
- c) comprovante de pagamento ou do efetivo desembolso, na forma descrita no item 8.3.2, alínea “b” destas Condições Gerais.

8.4.4.4. Fisioterapia, Fonoaudiologia, Fonoterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional

Quando o segurado optar por um prestador não integrante da rede referenciada do plano contratado, para realização das terapias descritas neste subitem, o reembolso deverá ser solicitado mediante a apresentação de:

- a) pedido médico, datado, assinado e carimbado, realizado exclusivamente por profissional médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM), contendo nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, descrição e indicação para a terapia prescrita e o correspondente planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas para um determinado período);
 - a1) O documento deve conter assinatura e carimbo original ou assinatura eletrônica, não sendo aceitas colagens.
- b) Nota Fiscal ou recibo Receita Saúde:
 - b1) em caso de Pessoa Jurídica (clínica ou hospital): nota fiscal, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, razão social e CNPJ da instituição e registro ativo no conselho do profissional que realizou o atendimento (CREFITO – F, CRP/CRM, CRFa, CREFITO-TO);
 - b2) em caso de Pessoa Física: recibo Receita Saúde, emitido pelo prestador que realizou o evento/procedimento, via aplicativo da Receita Federal, opção Receita Saúde, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, o CPF e seu registro ativo no conselho profissional (CREFITO – F, CRP/CRM, CRFa, CREFITO-TO), endereço e telefone do profissional que realizou a consulta e do local onde ele foi realizado;
 - b3) em ambos os casos, na data do procedimento, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) deverá estar ativo e regularizado;
- c) relatório do profissional que prestou o atendimento com nome do profissional, CPF, número do conselho de classe, datado, assinado e carimbado pelo terapeuta.
 - c1) É necessário informar o tipo de atendimento prestado (sessão de psicoterapia, sessão de fonoaudiologia) e o detalhamento dos atendimentos com informação do local de realização, além da assinatura do beneficiário ou responsável do paciente.
 - c2) O documento deve conter assinatura e carimbo original ou assinatura eletrônica de cada prestador, não sendo aceitas colagens. O envio é necessário a cada pedido de reembolso.

d) comprovante de pagamento ou do efetivo desembolso, na forma descrita no item 8.3.2., alínea “b” destas Condições Gerais.

8.4.4.4.1. Caso a terapia seja realizada de forma continuada, o pedido médico, descrito na alínea “a” do item anterior, deverá ser atualizado 4 (quatro) meses após sua emissão. No período gestacional o prazo é de 6 (seis) meses.

8.4.4.4.1.1. Na realização de fisioterapia deverá ser enviado, adicionalmente, laudo do exame de imagem realizado relacionado à patologia, se houver, e que justifique a indicação da referida terapia.

8.4.4.5. Quimioterapia, Radioterapia e Diálise

Nos casos em que o segurado realizar os procedimentos de quimioterapia, radioterapia e diálise, em prestador não integrante da rede referenciada do plano contratado, o reembolso deverá ser solicitado mediante a apresentação de:

a) relatório emitido pelo médico assistente, datado, assinado e carimbado, contendo nome do paciente, número e data das sessões, diagnóstico, descrição e indicação para o tratamento solicitado, histórico dos tratamentos já realizados e planejamento terapêutico;

b) Nota Fiscal ou recibo Receita Saúde:

b1) em caso de Pessoa Jurídica (clínica ou hospital): nota fiscal, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, razão social e CNPJ da instituição e registro ativo no conselho do profissional que realizou o atendimento;

b2) em caso de Pessoa Física: recibo Receita Saúde, emitido pelo prestador que realizou o evento/procedimento, via aplicativo da Receita Federal, opção Receita Saúde, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, o CPF e seu registro ativo no conselho profissional, endereço e telefone do profissional que realizou a consulta e do local onde ele foi realizado;

b3) em ambos os casos, na data do procedimento, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) deverá estar ativo e regularizado;

c) fatura que descreva todos os itens da conta (materiais, indicando marca, modelo e fabricante, medicamentos, taxas etc.) com seus valores unitários;

d) Nota Fiscal original e quitada do fornecedor, distribuidor ou fabricante do material (linha AV, filtro, hemodialisado etc.) com nome do paciente, data da emissão, valor pago, descrição do material (indicando marca, modelo e fabricante), número de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), nome e CNPJ do emitente, não se aceitando recibo do médico, Nota Fiscal ou recibo do hospital ou clínica onde foi realizada a cirurgia; e

e) comprovante de pagamento ou do efetivo desembolso, na forma descrita no item 8.3.2., alínea “b”, destas Condições Gerais.

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

- a) laudos dos exames relacionados à patologia em questão (anatomopatológico, imuno-histoquímica, de imagem etc.);
- b) laudos dos exames, no caso da utilização de adjuvantes, assim como indicação médica para seu uso; e
- c) novo relatório médico, em caso de troca de esquema terapêutico, com a indicação e laudos de exames, se houver.

8.4.4.6. Acupuntura

O segurado poderá realizar os procedimentos de acupuntura em prestador que não faça parte da rede referenciada do plano contratado e solicitar posteriormente o reembolso, desde que apresente:

- a) pedido médico, datado, assinado e carimbado, realizado exclusivamente por profissional médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM), contendo nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, descrição e indicação para a terapia prescrita e o correspondente planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas para um determinado período);
 - a1) O documento deve conter assinatura e carimbo original ou assinatura eletrônica, não sendo aceitas colagens.
- b) Nota Fiscal ou recibo Receita Saúde:
 - b1) em caso de Pessoa Jurídica (clínica ou hospital): nota fiscal, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, razão social e CNPJ da instituição e registro ativo no conselho do profissional que realizou o atendimento (CRM);
 - b2) em caso de Pessoa Física: recibo Receita Saúde, emitido pelo prestador que realizou o evento/procedimento, via aplicativo da Receita Federal, opção Receita Saúde, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, o CPF e seu registro ativo no conselho profissional (CRM), endereço e telefone do profissional que realizou a consulta e do local onde ele foi realizado;
 - b3) em ambos os casos, na data do procedimento, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) deverá estar ativo e regularizado;
- c) relatório do profissional que prestou o atendimento com nome do profissional, CPF, número do conselho de classe, datado, assinado e carimbado pelo terapeuta.
 - c1) É necessário informar o tipo de atendimento prestado (sessão de acupuntura) e o detalhamento dos atendimentos com informação do local de realização, além da assinatura do beneficiário ou responsável do paciente.
 - c2) O documento deve conter assinatura e carimbo original ou assinatura eletrônica de cada prestador, não sendo aceitas colagens. O envio é necessário a cada pedido de reembolso; e

d) comprovante de pagamento ou do efetivo desembolso, na forma descrita no item 8.3.2., alínea “b” destas Condições Gerais.

8.4.4.7. Nutrição

Para a solicitação de reembolso das consultas de nutrição indicadas por profissional médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM) e realizadas por profissionais não integrantes da rede referenciada do plano contratado, o segurado deverá apresentar a seguinte documentação:

a) pedido médico, datado, assinado e carimbado, realizado exclusivamente por profissional médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM), contendo nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, descrição e indicação para a terapia prescrita e o correspondente planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas para um determinado período);

a1) O documento deve conter assinatura e carimbo original ou assinatura eletrônica, não sendo aceitas colagens.

b) Nota Fiscal ou recibo Receita Saúde:

b1) em caso de Pessoa Jurídica (clínica ou hospital): nota fiscal, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, razão social e CNPJ da instituição e registro ativo no conselho do profissional que realizou o atendimento (CRN);

b2) em caso de Pessoa Física: recibo Receita Saúde, emitido pelo prestador que realizou o evento/procedimento, via aplicativo da Receita Federal, opção Receita Saúde, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, o CPF e seu registro ativo no conselho profissional (CRM), endereço e telefone do profissional que realizou a consulta e do local onde ele foi realizado;

b3) em ambos os casos, na data do procedimento, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) deverá estar ativo e regularizado;

c) relatório do profissional que prestou o atendimento com nome do profissional, CPF, número do conselho de classe, datado, assinado e carimbado pelo terapeuta;

c1) É necessário informar o tipo de atendimento prestado (sessão de nutrição) e o detalhamento dos atendimentos com informação do local de realização, além da assinatura do beneficiário ou responsável do paciente;

c2) O documento deve conter assinatura e carimbo original ou assinatura eletrônica de cada prestador, não sendo aceitas colagens. O envio é necessário a cada pedido de reembolso; e

d) comprovante de pagamento ou do efetivo desembolso, na forma descrita no item 8.3.2, alínea “b” destas Condições Gerais.

8.4.4.8. Próteses e Órteses de Implantação Cirúrgica, e quaisquer outros materiais ligados ou não ao ato cirúrgico assim como quaisquer medicamentos

A solicitação de reembolso referente às próteses e às órteses implantadas cirurgicamente

e que estejam previstas na cobertura contratada devem ser encaminhadas mediante a apresentação de:

- a) relatório emitido pelo médico assistente contendo o nome do paciente, descrição e data do procedimento, diagnóstico e indicação para a solicitação do material;
- b) Nota Fiscal original e quitada do fornecedor, distribuidor ou fabricante com nome do paciente, data da emissão, valor pago, descrição do material (indicando marca, modelo e fabricante), etiqueta/lacre do produto utilizado, número de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), nome e CNPJ do emitente, não se aceitando recibo do médico, Nota Fiscal ou recibo do hospital ou clínica onde foi realizada a cirurgia; e
- c) comprovante de pagamento ou do efetivo desembolso, na forma descrita no item 8.3.2., alínea “b” destas Condições Gerais.

8.4.5. A relação atualizada dos documentos necessários para o reembolso também poderá ser consultada nos canais digitais.

8.4.6. Independente do procedimento realizado pelo segurado, para o efetivo reembolso não serão aceitos como documentos comprobatórios da prestação de serviço: Recibos de Pagamentos de Autônomos (RPA), Recibos Provisórios de Serviços e ou temporários (RPS), nota de serviço, nota de débito, duplicatas ou Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica (DANFE).

8.4.7. Também não serão aceitos os recibos e/ou Notas Fiscais emitidos:

- a) pela pessoa jurídica contratante para qualquer segurado vinculado a esta apólice;
- b) por qualquer segurado para outro segurado, sendo ambos vinculados a esta apólice; ou
- c) segurados que participem de quadro societário da empresa emissora da NF/Recibo.

8.5. Cálculo do Valor nos Planos de Reembolso Completo

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

- a) a quantidade de Coeficiente de Reembolso do Seguro (CRS), cujos valores de referência para os procedimentos médicos cobertos encontram-se previstos na Tabela de Reembolso de Honorários e Serviços Médicos, ambas determinadas na Cláusula “Definições”, destas Condições Gerais;
- b) o valor do CRS vigente na data do evento; e
- c) o múltiplo de reembolso correspondente ao plano em que o segurado estava inscrito na data do evento.

8.5.2. Tabela de Reembolso Completo Bradesco Saúde

Esta tabela integra o contrato e encontra-se registradas no 6º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade do Rio de Janeiro, disponível na sede da Seguradora e na sede do Estipulante para consulta dos segurados com suas eventuais atualizações.

8.6. Práticas Indevidas e Perda do Direito nos Planos de Reembolso Completo

8.6.1. São hipóteses de práticas indevidas e que acarretam a perda do direito ao reembolso:

8.6.1.1. O Fracionamento de Recibo e/ou Nota Fiscal. Ou seja, quando for identificado o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento (fracionamento do valor da consulta/procedimento);

8.6.1.2 O envio de recibo e/ou nota fiscal com valores diferentes do que efetivamente foram pagos em relação a cada evento;

8.6.1.3. Ausência de documento que comprove o prévio desembolso do valor objeto do pedido de reembolso;

8.6.1.4. A solicitação de reembolso por terceiros que não sejam representantes legais do segurado, observando-se o disposto no item 8.6.1.7.

8.6.1.5. Caso o recibo e/ou nota fiscal e/ou documento demonstrativo de desembolso apresentado para o pedido de reembolso não seja comprovadamente reconhecido pelo prestador de serviços que tenha realizado o evento/procedimento, o reembolso não será pago ao segurado.

8.6.1.6. Se qualquer documento apresentado para solicitação de reembolso for considerado falso e/ou se for constatada fraude no processo de pedido de reembolso em si, a Seguradora se reserva o direito de:

a) negar o pedido de reembolso; e

b) cancelar imediatamente o plano de saúde do respectivo segurado titular e de seu grupo familiar, sem direito à devolução dos prêmios pagos pelo Estipulante ou pelo segurado inativo, inclusive na hipótese de o(s) documento(s) falso(s) e/ou fraude ter(em) sido apresentado(s)/causado(s) por segurado dependente, sem prejuízo, ainda, das responsabilidades civis e penais cabíveis em face do segurado titular, qualquer de seus dependentes e/ou terceiros envolvidos na conduta, sem que seja devida pela Seguradora qualquer indenização a quem quer que seja a qualquer título em razão do cancelamento do plano.

8.6.1.7. É vedada a solicitação de reembolso por terceiros, exceto nos casos de comprovada representação legal, devendo tal solicitação ser realizada exclusivamente pelo segurado, por meio dos canais digitais indicados pela

Seguradora no seu site, observados os requisitos de segurança digital e de processo, tais como: dados de acesso login e senha (pessoal e intransferível) e biometria, sob pena:

- a) do não recebimento de eventuais valores de reembolso solicitados por terceiros;**
- b) da comunicação do fato ao Estipulante; e**
- c) do cancelamento imediato e motivado do seguro saúde do segurado titular e de seu eventual grupo familiar, se da referida prática restar caracterizada fraude, nos termos do item 8.6.1.6.**

8.6.1.8. É vedado o reembolso em valor superior ao efetivamente desembolsado pelo segurado para o mesmo evento/procedimento realizado, ainda que este disponha de 2 (dois) ou mais planos de saúde ativos na Bradesco Saúde.

8.7. Validação dos Documentos Eletrônicos nos Planos de Reembolso Completo

8.7.1. Os documentos, objeto do pedido de reembolso, assinados eletronicamente deverão ser obrigatoriamente, passíveis de validação, bem como estar em conformidade às exigências dos respectivos Conselhos Profissionais. Caso não seja possível a validação de todos os documentos eletrônicos apresentados, a Seguradora se reserva ao direito de não seguir com análise do pedido de reembolso.

8.8. Prazos nos Planos de Reembolso Completo

8.8.1. Para os procedimentos reembolsáveis, fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento de reembolso devido pelo presente contrato de seguro, inclusive nos casos de urgência e emergência, contados a partir do recebimento, pela Seguradora, da documentação adequada discriminada nestas Condições Gerais.

8.8.2. Caso a documentação não contenha todas as informações completas e exatas, inclusive quanto aos critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento, e conforme lista descrita adiante, a Seguradora poderá pedir informações complementares, no prazo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação pelo segurado.

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

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

8.8.5. Fica assegurado que o valor do reembolso não será inferior ao praticado com a rede referenciada. Da mesma forma, é vedado o reembolso diferenciado por prestador.

8.9. Dedução da Coparticipação nos Planos de Reembolso Completo

8.9.1. Nos casos de planos com coparticipação, seu valor será deduzido do reembolso a ser efetuado ao segurado titular.

8.10. Reajuste dos Valores de reembolso nos Planos de Reembolso Completo

8.10.1. A fim de atualizar o valor do reembolso, o Coeficiente de Reembolso do Seguro (CRS) será reajustado, anualmente, utilizando-se como referência os parâmetros aplicados ao reajuste das tabelas de honorários, procedimentos e serviços, praticados com os prestadores referenciados. Desta forma, o reajuste será definido pela Variação do Custo Médico e Hospitalar, desconsiderada a variação do componente “frequência” ($VCMH_{SF}$), num período de 12 meses, relativamente aos 12 (doze) meses imediatamente anteriores, conforme fórmula a seguir:

$$VCMH_{SF} = \frac{\text{Custo Médico Hospitalar sem frequência (Período 2)}}{\text{Custo Médico Hospitalar (Período 1)}}$$

8.10.1.1. O componente “frequência”, mencionado no subitem 8.10.1., reflete a quantidade de utilização de procedimentos e serviços, em determinado período de apuração, pelos segurados dos planos.

8.10.1.2. O cálculo do Custo Médico Hospitalar sem frequência (CMH_{SF}), apontado no subitem 8.10.1.1, é realizado conforme fórmula a seguir:

$$CMH_{SF} = \frac{\text{Despesa Assistencial (sem frequência)}}{\text{Total de segurados expostos}}$$

8.10.1.3. Para o cálculo da despesa assistencial sem a variação de frequência considera-se o valor médio pago pela Seguradora para cada item de despesa, multiplicado pela frequência observada no período anterior.

8.10.1.4. É responsabilidade do Estipulante da apólice dar ciência a todos os segurados, sejam ativos ou inativos, quanto aos percentuais de reajuste aplicados.

8.11. Observância à Lei de Prevenção à Lavagem de Dinheiro e Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e às Normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

8.11.1. A Seguradora deverá manter as informações cadastrais dos seus segurados, titulares e dependentes, representantes, corretores, sócios, acionistas, administradores e prestadores de serviços, mantendo registros de operações e transações com valor igual ou superior a R\$ 10.000,00 (dez mil reais) ou que apresentem indício dos crimes previstos na Lei nº 9.613/98 (Lei de Prevenção à Lavagem de Dinheiro), nos termos previstos na atual Resolução Normativa sobre o tema ou outra que vier alterá-la ou substituí-la.

8.11.2. Os registros deverão ser mantidos, à disposição da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), durante o período mínimo de 05 (cinco) anos.

8.11.3. Em casos de transações suspeitas, a Seguradora é obrigada a comunicar diretamente ao Controle de Atividades Financeiras (COAF).

8.11.4. O Tratamento de Dados Pessoais e Dados pessoais Sensíveis, decorrente do recebimento dos documentos dispostos na Cláusula “Modalidades de Atendimento”, para a realização dos procedimentos de reembolso ao segurado, será realizado apenas para as finalidades dispostas neste contrato, em observância às disposições da Cláusula “Privacidade e Proteção de Dados Pessoais”, à Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD (Lei Federal nº 13.709/2018), bem como as demais normas regulatórias e setoriais aplicáveis.

8.12. Nos Planos de Reembolso Específico

Nesta modalidade, o reembolso será exclusivo em consultas médicas eletivas realizadas por um médico com registro ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM) e honorários médicos de paciente internado com prévia autorização de internação em rede referenciada do plano contratado, observadas as situações e limites indicados nestas Condições Gerais e no documento anexo, denominado “Atributos do Plano”.

8.12.1. Consideram-se como honorários médicos de paciente internado os pagamentos destinados a cirurgião, médico (s) assistente (s), desde que previsto na tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Saúde, instrumentadores e anestesistas. Não está contemplado nessa definição, o reembolso dos honorários médicos referentes a realização de exames complementares, à exceção da atuação do médico como anestesista neste procedimento.

8.12.2. Para o reembolso dos honorários médicos de paciente internado, a visita médica deve estar registrada em prontuário, bem como a internação previamente autorizada (senha liberada) pela Seguradora, na rede referenciada do plano contratado.

8.12.3. O segurado titular e seus dependentes poderão solicitar o reembolso

exclusivamente em consultas médicas eletivas e honorários médicos de paciente internado, desde que realizadas dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano contratado.

8.12.4. Os documentos para a solicitação de reembolso deverão ser encaminhados por meio dos canais digitais, indicados pela Seguradora no seu site (www.bradescosauade.com.br) ou outro que venha a substituí-lo, observados os requisitos e/ou processos de segurança digital, tais como: dados de acesso login e senha (pessoal e intransferível) e biometria.

8.12.4.1. As despesas com procedimentos e/ou serviços médico-hospitalares sem previsão de cobertura no plano contratado, não serão reembolsadas.

8.13. Documentação necessária nos Planos de Reembolso Específico

Para o efetivo reembolso, observadas as situações e limites indicados nestas Condições Gerais e no documento anexo, denominado "Atributos do Plano", o segurado deverá apresentar os documentos descritos adiante:

8.13.1. Consulta Médica Eletiva

a) Nota Fiscal ou recibo Receita Saúde:

a1) em caso de Pessoa Jurídica (clínica ou hospital): nota fiscal, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, razão social e CNPJ da instituição e registro ativo no conselho do profissional que realizou o atendimento;

a2) em caso de Pessoa Física: recibo Receita Saúde, emitido pelo prestador que realizou o evento/procedimento, via aplicativo da Receita Federal, opção Receita Saúde, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, o CPF e seu registro ativo no conselho profissional, endereço e telefone do profissional que realizou a consulta e do local onde ele foi realizado;

a3) em ambos os casos, na data do procedimento, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) deverá estar ativo e regularizado; e

b) comprovante de pagamento ou do efetivo desembolso, na forma descrita no item 8.13.3, alínea "b" destas Condições Gerais.

8.13.2. Honorários Médicos

Para a solicitação do reembolso da equipe médica e/ou do médico assistente que tenha realizado o atendimento durante o período de internação, observadas as condições previstas no documento anexo a estas Condições Gerais, denominado "Atributos do Plano", o segurado deverá apresentar:

- a) relatório médico, datado, assinado e carimbado, contendo nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, indicação para a internação, descrição e período do atendimento;
- b) prontuário médico com visita médica registrada;
- c) laudo anatomopatológico (se houver);
- d) boletim operatório com a descrição do ato cirúrgico;
- e) laudo dos exames de imagem e laboratoriais pré e pós-operatórios relacionados à patologia;
- f) pareceres de especialistas relacionados à patologia, se houver;
- g) Nota Fiscal ou recibo Receita Saúde:
 - g1) em caso de Pessoa Jurídica (clínica ou hospital): nota fiscal, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, razão social e CNPJ da instituição e registro ativo no conselho do profissional que realizou o atendimento;
 - g2) em caso de Pessoa Física: recibo Receita Saúde, emitido pelo prestador que realizou o evento/procedimento, via aplicativo da Receita Federal, opção Receita Saúde, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, o CPF e seu registro ativo no conselho profissional, endereço e telefone do profissional que realizou a consulta e do local onde ele foi realizado;
 - g3) em ambos os casos, na data do procedimento, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) deverá estar ativo e regularizado;
- h) nos atendimentos ao parto (vaginal ou cesáreo) deverá ser enviado o partograma;
- e
- i) comprovante de pagamento ou do efetivo desembolso, na forma descrita no item 8.13.3., alínea "b" destas Condições Gerais.

8.13.2.1. Caso o procedimento realizado seja a vasectomia/laqueadura tubária, deverá ser enviado, ainda, o documento complementar descrito no subitem 8.4.3.1.

8.13.2.2. Adicionalmente, devem constar em um dos documentos citados nas alíneas "a" e "f", do item 8.13.2 a participação e os valores correspondentes a cada membro da equipe que realizou o atendimento (cirurgião, 1º auxiliar, 2º auxiliar etc.). No caso de atendimento clínico, devem ser informados a especialidade, o número e as datas das visitas cobradas.

8.13.2.3. Conforme subitem 8.12.1, não está contemplado o reembolso dos honorários médicos referentes a realização de exames complementares, à exceção da atuação do médico como anestesista neste procedimento.

8.13.3. As despesas médicas e hospitalares cobertas e comprovadamente pagas, somente serão reembolsadas em conta do segurado titular, conforme o plano

contratado e observadas as situações e limites indicados nestas Condições Gerais e no documento anexo, denominado “Atributos do Plano”, desde que cumpridos os critérios estabelecidos abaixo:

a) sejam decorrentes de procedimentos e eventos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, sendo observados os limites e as regras previstas nas Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas (DC) e Protocolo de Utilização (PROUT) editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigentes à época do evento;

b) mediante a apresentação de notas fiscais ou recibos Receita Saúde (v. item 2.37 da Cláusulas Definições), juntamente com o comprovante que demonstre o efetivo desembolso das despesas médico-hospitalares cobertas e comprovadamente pagas, como por exemplo, comprovante de transferência bancária, comprovante de PIX, comprovante de cartão de crédito ou cartão de débito, e comprovante de compensação de cheque ou comprovante de saque ou similar que sustente a origem do valor pago em espécie para o prestador que realizou o atendimento;

c) o prestador de serviço e o estabelecimento de saúde devem estar, na data do evento, habilitados/autorizados para a execução do procedimento objeto do reembolso e suas atividades devem estar em conformidade com o cadastrado nos órgãos governamentais/Conselhos Profissionais; e

d) o prestador utilizado pelo segurado não seja referenciado da Seguradora para o evento e/ou procedimento objeto do pedido.

8.13.4. A relação atualizada dos documentos necessários para o reembolso também poderá ser consultada nos canais digitais.

8.13.5. Independente do procedimento realizado pelo segurado, para o efetivo reembolso, não serão aceitos como documentos comprobatórios da prestação de serviço: Recibos de Pagamentos de Autônomos (RPA), Recibos Provisórios de Serviços e ou temporários (RPS), nota de serviço, nota de débito, duplicatas ou Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica (DANFE).

8.13.6. Também não serão aceitos os recibos e/ou Notas Fiscais emitidos:

a) pela pessoa jurídica contratante para qualquer segurado vinculado a esta apólice;

b) por qualquer segurado para outro segurado, sendo ambos vinculados a esta apólice.; ou

c) segurados que participem de quadro societário da empresa emissora da NF/Recibo.

8.14. Cálculo do Valor de reembolso nos Planos de Reembolso Específico

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

- a) a quantidade de Coeficiente de Reembolso do Seguro (CRS) cujos valores de referência para os procedimentos médicos cobertos encontram-se previstos na Tabela de Reembolso de Honorários e Serviços Médicos, determinada na Cláusula “Definições”, destas Condições Gerais;
- b) o valor do CRS (em reais) vigente na data do evento; e
- c) o múltiplo de reembolso correspondente ao plano em que o segurado estava inscrito na data do evento.

8.14.2. Tabela de Reembolso Específico Bradesco Saúde

Esta tabela integra o contrato e encontra-se registrada no 5º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade do Rio de Janeiro, disponível na sede da Seguradora e na sede do Estipulante para consulta dos segurados com suas eventuais atualizações.

8.15. Práticas indevidas e perda do direito nos Planos de Reembolso Específico

8.15.1. São hipóteses de práticas indevidas e que acarretam a perda do direito ao reembolso:

8.15.1.1. O Fracionamento de Recibo e/ou Nota Fiscal, ou seja, quando for identificado o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento (fracionamento do valor da consulta/procedimento);

8.15.1.2 O envio de recibo e/ou nota fiscal com valores diferentes do que efetivamente foram pagos em relação a cada evento;

8.15.1.3. Ausência de documento que comprove o prévio desembolso do valor objeto do pedido de reembolso;

8.15.1.4. A solicitação de reembolso por terceiros que não sejam representantes legais do segurado, observando-se o disposto no item 8.15.1.7.

8.15.1.5. Caso o recibo e/ou nota fiscal e/ou documento demonstrativo de desembolso apresentado para o pedido de reembolso não seja comprovadamente reconhecido pelo prestador de serviços que tenha realizado o evento/procedimento, o reembolso não será pago ao segurado.

8.15.1.6. Se qualquer documento apresentado para solicitação de reembolso for considerado falso e/ou se for constatada fraude no processo de pedido de reembolso em si, a Seguradora se reserva o direito de:

- a) negar o pedido de reembolso; e
- b) cancelar imediatamente o plano de saúde do respectivo segurado titular e de seu grupo familiar, sem direito à devolução dos prêmios pagos pelo Estipulante ou pelo segurado inativo, inclusive na hipótese de o(s) documento(s) falso(s) e/ou fraude

ter(em) sido apresentado(s)/causado(s) por segurado dependente, sem prejuízo, ainda, das responsabilidades civis e penais cabíveis em face do segurado titular, qualquer de seus dependentes e/ou terceiros envolvidos na conduta, sem que seja devida pela Seguradora qualquer indenização a quem quer que seja a qualquer título em razão do cancelamento do plano.

8.15.1.7. É vedada a solicitação de reembolso por terceiros, exceto nos casos de comprovada representação legal, devendo tal solicitação ser realizada exclusivamente pelo segurado, por meio dos canais digitais indicados pela Seguradora no seu site, observados os requisitos de segurança digital e de processo, tais como: dados de acesso login e senha (pessoal e intransferível) e biometria, sob pena:

- a) do não recebimento de eventuais valores de reembolso solicitados por terceiros;**
- b) da comunicação do fato ao Estipulante; e**
- c) do cancelamento imediato e motivado do seguro saúde do segurado titular e de seu eventual grupo familiar, se da referida prática restar caracterizada fraude, nos termos do subitem 8.15.1.6.**

8.15.1.8. É vedado o reembolso em valor superior ao efetivamente desembolsado pelo segurado para o mesmo evento/procedimento realizado, ainda que este disponha de 2 (dois) ou mais planos de saúde ativos na Bradesco Saúde.

8.16. Validação dos Documentos Eletrônicos nos Planos de Reembolso Específico

8.16.1. Os documentos, objeto do pedido de reembolso, assinados eletronicamente deverão ser obrigatoriamente, passíveis de validação, bem como estar em conformidade às exigências dos respectivos Conselhos Profissionais. Caso não seja possível a validação de todos os documentos eletrônicos apresentados, a Seguradora se reserva ao direito de não seguir com análise do pedido de reembolso.

8.17. Prazos nos Planos de Reembolso Específico

8.17.1. Para os procedimentos reembolsáveis, fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento de reembolso devido pelo presente contrato de seguro, inclusive nos casos de urgência e emergência, contados a partir do recebimento, pela Seguradora da documentação adequada discriminada nestas Condições Gerais.

8.17.2. Caso a documentação não contenha todas as informações completas e exatas, inclusive quanto aos critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e suas Diretrizes Clínicas (DC), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento, e conforme lista descrita adiante, a Seguradora poderá pedir informações complementares, no prazo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação pelo

segurado.

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

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

8.17.5. Fica assegurado que o valor do reembolso não será inferior ao praticado com a rede referenciada. Da mesma forma, é vedado o reembolso diferenciado por prestador.

8.18. Dedução da Coparticipação nos Planos de Reembolso Específico

8.18.1. Nos casos de planos com coparticipação, seu valor será deduzido do reembolso a ser efetuado ao segurado titular.

8.19. Reajuste dos Valores nos Planos de Reembolso Específico

8.19.1. A fim de atualizar o valor do reembolso, o Coeficiente de Reembolso do Seguro (CRS), será reajustado, anualmente, utilizando-se como referência os parâmetros aplicados ao reajuste das tabelas de honorários, procedimentos e serviços, praticados com os prestadores referenciados. Desta forma, o reajuste será definido pela Variação do Custo Médico e Hospitalar, desconsiderada a variação do componente “frequência” ($VCMH_{SF}$), num período de 12 meses, relativamente aos 12 (doze) meses imediatamente anteriores, conforme fórmula a seguir:

$$VCMH_{SF} = \frac{\text{Custo Médico Hospitalar sem frequência(Período 2)}}{\text{Custo Médico Hospitalar (Período 1)}}$$

8.19.1.1. O componente “frequência”, mencionado no subitem 8.19.1, reflete a quantidade de utilização de procedimentos e serviços, em determinado período de apuração, pelos segurados dos planos.

8.19.1.2. O cálculo do Custo Médico Hospitalar sem frequência (CMH_{SF}), apontado no subitem 8.19.1.1, é realizado conforme fórmula a seguir:

$$CMH_{SF} = \frac{\text{Despesa Assistencial(sem frequência)}}{\text{Total de segurados expostos}}$$

8.19.1.3. Para o cálculo da despesa assistencial sem a variação de frequência considera-se o valor médio pago pela Seguradora para cada item de despesa, multiplicado pela frequência observada no período anterior.

8.19.1.4. É responsabilidade do Estipulante da apólice dar ciência a todos os segurados, sejam ativos ou inativos, quanto aos percentuais de reajuste aplicados ao Reembolso.

8.20. Observância à Lei de Prevenção à Lavagem de Dinheiro e Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e às Normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

8.20.1. A Seguradora deverá manter as informações cadastrais dos seus segurados e dependentes, representantes, corretores, sócios, acionistas, administradores e prestadores de serviços, mantendo registros de operações e transações com valor igual ou superior a R\$ 10.000,00 (dez mil reais) ou que apresentem indício dos crimes previstos na Lei nº 9.613/98 (Lei de Prevenção à Lavagem de Dinheiro), nos termos previstos na atual Resolução Normativa sobre o tema ou outra que vier alterá-la ou substituí-la.

8.20.2. Os registros deverão ser mantidos, à disposição da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), durante o período mínimo de 05 (cinco) anos.

8.20.3. Em casos de transações suspeitas, a Seguradora é obrigada a comunicar diretamente ao Controle de Atividades Financeiras (COAF).

8.20.4. O Tratamento de Dados Pessoais e Dados Pessoais Sensíveis, decorrente do recebimento dos documentos dispostos na Cláusula “Modalidades de Atendimento”, para a realização dos procedimentos de reembolso ao segurado, será realizado apenas para as finalidades dispostas neste contrato, em observância às disposições da Cláusula “Privacidade e Proteção de Dados Pessoais”, à Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD (Lei Federal nº 13.709/2018), bem como as demais normas regulatórias e setoriais aplicáveis.

9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADMISSÃO

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

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

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

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

9.4. O início da cobertura para os segurados titulares e respectivos dependentes poderá ocorrer:

- a) desde que o pedido de inclusão seja feito, à Seguradora, em até 30 (trinta) dias a contar de sua admissão, no caso do segurado titular, ou no caso de dependentes, em até 30 (trinta) dias contados do evento que os tornou elegíveis: admissão/elegibilidade do titular, casamento/união estável e nascimento/adoção, para aqueles que ingressem no grupo segurável, após a data do início desta apólice; ou
- b) na data indicada pelo Estipulante, a qualquer momento durante a vigência da apólice.

9.4.1. Nas situações previstas nos itens "a" e "b" deverão ser observados os prazos de carência previstos nas Cláusulas "Carência" e "Doenças ou Lesões Preexistentes", caso aplicáveis, bem como o disposto na Cláusula "Bônus – Descontos".

9.4.2. Ficam asseguradas:

- a) inclusão do recém-nascido, filho natural ou adotivo do segurado, isento do cumprimento dos períodos de carência, de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que essa inclusão na apólice ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, conforme previsto no art. 12, inciso III da Lei nº 9.656/98.
- b) inclusão na apólice de filho adotivo do segurado titular, menor de 12 (doze) anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo segurado titular adotante;
- e
- c) inclusão de inativos, assim considerados aqueles contribuintes na forma prevista nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e suas regulamentações.

9.4.2.1. O benefício descrito na alínea "a" deste subitem, será assegurado desde que o recém-nascido, filho natural ou adotivo do segurado, se enquadre na condição de dependente, conforme subitem 2.41.2.

9.5. Observadas as condições de segurado dependente, previstas no subitem 2.41.2, não haverá qualquer impedimento à participação do segurado em razão de idade ou condição de portador de deficiência. Tampouco serão permitidas quaisquer outras exigências que não as necessárias para a vinculação ao Estipulante.

9.6. As inclusões ou exclusões de segurados, para efeito de faturamento, serão

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

9.7. Transferência de Planos

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

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

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

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

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

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

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

10. PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

10.2. O vencimento das mensalidades será fixado conforme definido na Proposta de

Seguro e considerando o pagamento da primeira parcela, que será paga na data de início da cobertura.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

11.1. A vigência deste seguro será de 12 (doze) meses, contados a partir da data definida na Proposta de Seguro, assinada pelo Estipulante. Em nenhuma hipótese

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

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

12. SUSPENSÃO E RESCISÃO DA APÓLICE DE SEGURO

12.1. SUSPENSÃO

12.1.1. O atraso no pagamento de qualquer valor contratual por período superior a 5 (cinco) dias implicará, mediante comunicação, na suspensão das coberturas contratadas até a efetiva regularização do débito, sem que caiba restituição da parcela já paga, não isentando o Estipulante do pagamento do prêmio em atraso, inclusive para o Empresário Individual. A comunicação referida acima será realizada pelos meios previstos em resolução normativa que trata sobre o tema, com base nos dados disponíveis no cadastro da seguradora.

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

12.2. RESCISÃO

12.2.1. Constituem causas de rescisão motivada do contrato, por solicitação da Seguradora, a qualquer tempo, mediante comunicação escrita dirigida ao Estipulante, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sendo devido o pagamento dos prêmios vencidos:

a) o fornecimento de informações incompletas, incorretas ou inverídicas, bem como a omissão de informações no ato da contratação ou durante a vigência do contrato;

b) a exclusão de segurados - titulares e/ou dependentes, independente de motivo, que configure descaracterização ou redução do Grupo Segurável, nas seguintes situações:

b1) número de vidas inferior ao mínimo exigido na Cláusula "Definições" dessas Condições Gerais para sua constituição; ou

b2) menos de 80% (oitenta por cento) do número de vidas constante da Proposta de Seguro;

c) o descumprimento, pelo Estipulante ou pelos segurados, de obrigações contratualmente estabelecidas; e

d) a não-comprovação, pelo Estipulante, da vinculação exigível para aceitação/manutenção de seu grupo segurável, conforme previsto em Condições Gerais, Particulares ou Aditivos, a partir de solicitação formal da Seguradora.

12.2.1.1. Nas hipóteses previstas nas alíneas anteriores, quando a rescisão ocorrer antes do término dos primeiros 12 (doze) meses de vigência do contrato, será também devido pelo Estipulante o pagamento equivalente a 3 (três) vezes o valor da média das faturas emitidas durante a vigência do contrato.

12.2.1.2. Na hipótese de inadimplência de qualquer valor contratado, por período superior a 15 (quinze) dias, o contrato pode ser rescindido, desde que o Estipulante tenha sido notificado previamente, sem prejuízo do direito da Seguradora requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias, bem como o pagamento equivalente à multa contratual prevista no item 12.2.1.1..

12.2.1.2.1. A quitação das contraprestações que deram causa à rescisão por inadimplência não implica em reativação do contrato.

12.2.1.3. O contrato pode ainda ser rescindido pela Seguradora, a qualquer tempo, sem prévia comunicação, em casos de fraude, indícios de fraude, infrações, ou qualquer outra conduta indevida / irregular identificada pela Seguradora, que resulte na obtenção de vantagem ilícita e/ou indevida, pelo Estipulante ou seus segurados, violando o contrato e o princípio da boa-fé objetiva, sendo devido o pagamento dos prêmios vencidos, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

12.2.1.4. Em caso de decretação de falência, de liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial, em face do Estipulante, haverá rescisão imediata do contrato, por qualquer das partes, a qualquer tempo, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sendo devido o pagamento dos prêmios vencidos.

12.2.2. Na hipótese de rescisão imotivada, solicitada pelo Estipulante ou pela Seguradora após os primeiros 12 (doze) meses de vigência do contrato, será devida comunicação com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. Ao Estipulante será devido, ainda, o pagamento dos prêmios vencidos.

12.2.2.1. Quando a rescisão imotivada ocorrer, por solicitação do Estipulante, antes do término dos primeiros 12 (doze) meses de vigência do contrato, além da comunicação com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias e o pagamento dos prêmios vencidos, será devido também o pagamento equivalente a 3 (três) vezes o valor da média das faturas emitidas durante a vigência do contrato.

12.3. Rescisão do contrato de Empresário Individual

12.3.1. O contrato poderá ser rescindido, por solicitação da Seguradora, em seu aniversário, mediante comunicação escrita dirigida ao Empresário Individual apresentando os motivos da rescisão, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sendo devido o pagamento dos prêmios vencidos.

12.3.2. Nas hipóteses de ilegitimidade do Empresário Individual, o contrato poderá ser rescindido pela Seguradora, a qualquer tempo, mediante comunicação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. A notificação deverá seguir os requisitos previstos em resolução normativa que trata sobre o tema, inclusive no que se refere aos meios de comunicação.

12.3.3. Quando a rescisão ocorrer antes do término dos primeiros 12 (doze) meses de vigência do contrato, será também devido pelo Empresário Individual o pagamento equivalente a 3 (três) vezes o valor da média das faturas emitidas, salvo na hipótese de falência, mediante comunicação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

12.3.4. Em caso de não pagamento de 2 (duas) mensalidades, consecutivas ou não, a Seguradora procederá com a rescisão do contrato, mediante prévia notificação, até o quinquagésimo dia de inadimplência, contados do vencimento da primeira mensalidade. A notificação deverá seguir os requisitos previstos em resolução normativa que trata sobre o tema, inclusive no que se refere aos meios de comunicação.

12.3.4.1. Para cumprimento da notificação mencionada no item anterior, o Estipulante (empresário individual), e/ou a pessoa natural por ele indicada, deve manter as suas informações cadastrais atualizadas junto à Seguradora.

12.3.4.2. A rescisão unilateral do contrato ou exclusão do segurado por inadimplência somente poderá ocorrer após decurso de 10 (dez) dias ininterruptos a partir da data da notificação válida, e se o débito não tiver sido quitado neste prazo. O pagamento de apenas uma das mensalidades em atraso não é suficiente para descaracterizar a inadimplência e, conseqüentemente, a rescisão, conforme previsto na regulamentação.

12.3.4.3. Na hipótese de não haver qualquer regulamentação sobre o tema, o contrato poderá ser rescindido pela Seguradora em caso de não pagamento por período superior a 15 dias, a contar do vencimento, mediante prévia notificação.

12.4. Caso a apólice seja cancelada, por qualquer motivo, seja por rescisão ou não renovação de seu prazo de vigência, estará extinto o benefício de assistência à

saúde fornecido pela Bradesco Saúde a todos os segurados titulares e dependentes vinculados ao Estipulante.

12.5. Na hipótese de cancelamento da apólice com a Bradesco Saúde, caso o Estipulante contrate novo seguro saúde ou plano de assistência médico-hospitalar empresarial com outra Operadora de planos de assistência à saúde, obriga-se o Estipulante a comunicar a troca de Operadora a todos os segurados titulares e dependentes vinculados à apólice, obrigando-se ainda a garantir a transferência de toda a massa de segurados e dependentes para a nova Operadora, inclusive aqueles segurados (ativos ou inativos) que tenham obtido manutenção da cobertura do seguro saúde, por força de lei ou por determinação judicial, ressarcindo à Seguradora, na íntegra, todas as despesas geradas pelos respectivos segurados após o cancelamento da apólice, em razão da não efetivação da transferência em tempo hábil, incluindo-se as despesas e ônus decorrentes de eventuais ações judiciais e/ou administrativas propostas por segurados que impeçam a transferência destes ao novo seguro ou plano de saúde contratado com outra Operadora e/ou imponham à Seguradora o custeio de procedimentos após o cancelamento da apólice.

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

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

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

12.7. Sem prejuízo do disposto nos itens 12.5 e 12.6, em qualquer hipótese de cancelamento da apólice ou suspensão da cobertura, seja qual for o motivo, caberá ao Estipulante:

- a) assumir a responsabilidade por todos os custos decorrentes de sinistros, a partir da data de encerramento da apólice ou subfatura, bem como por penalidades ou multas, e quaisquer outras despesas havidas em decorrência de qualquer medida judicial e/ou administrativa movida contra a Bradesco Saúde, que envolva os**

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

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

12.7.1. Na hipótese de cancelamento da apólice, caberá ao Estipulante comunicar aos segurados, com a devida antecedência, do seu direito ao exercício da portabilidade de carências, e que esta deverá ser requerida junto à nova operadora em até 60 (sessenta) dias da extinção do vínculo do segurado, ocasionada pela rescisão da apólice em referência, nos termos previstos na Resolução Normativa vigente que dispuser sobre o tema.

13. EXCLUSÃO DO SEGURADO

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

- a) em caso de morte;
- b) em caso de o segurado titular deixar de pertencer ao grupo segurável definido no subitem 2.41.1, exceto se ele e seus dependentes incluídos na apólice fizerem jus à permanência no seguro, em razão do que dispõem os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, por ocasião de seu desligamento ou aposentadoria;
- c) em caso de o segurado deixar de se enquadrar na condição de segurado dependente, conforme definido no subitem 2.41.2;
- d) por inexatidão ou omissão no preenchimento do documento de inclusão, que tenha influenciado na aceitação do seguro, mediante apresentação de prova pela Seguradora e comunicação escrita ao Estipulante;
- e) em caso de infrações ou fraudes comprovadas;
- f) por solicitação formal do Estipulante, observada a Cláusula “Bônus-Desconto”;
- g) a pedido formal do segurado titular, na forma assegurada pela Resolução Normativa editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que dispuser sobre o tema, situação em que não se aplica o direito ao exercício da portabilidade, na forma prevista em legislação específica que dispuser sobre o tema, à época da solicitação;
- h) na hipótese prevista no subitem 8.6.1.6 destas Condições Gerais; e
- i) nas situações descritas no item 22.3 destas Condições Gerais.

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

14. MODALIDADES DE PAGAMENTO POR CUSTO MÉDIO E FAIXA ETÁRIA

14.1. Será facultado ao Estipulante, mediante concordância da Seguradora, optar pelo pagamento do prêmio por Custo Médio ou por Faixa Etária, na forma do disposto nesta cláusula.

14.1.1. A opção do Estipulante estará expressamente manifestada na Proposta de Seguro, sendo ratificada no documento anexo, "Atributos do Plano" contratado, que integra estas Condições Gerais.

14.2. Custo Médio

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

a) multiplica-se, separadamente, o número de segurados individuais em cada uma das faixas etárias adiante discriminadas pelo valor unitário do prêmio correspondente a cada faixa:

- até 18 anos;
- de 19 a 23 anos;
- de 24 a 28 anos;
- de 29 a 33 anos;
- de 34 a 38 anos;
- de 39 a 43 anos;
- de 44 a 48 anos;
- de 49 a 53 anos;
- de 54 a 58 anos; e
- de 59 anos em diante;

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

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

14.3. Custo por Faixa Etária

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

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

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

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

- a) o valor da última faixa etária não será superior a 6 (seis) vezes o valor da faixa inicial; e
- b) a variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não será superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas etárias.

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

15. APURAÇÃO DO PERCENTUAL ÚNICO DE REAJUSTE

Independente da aplicação do reajuste por mudança de faixa etária, na forma do disposto na Cláusula “Modalidades de Pagamento por Custo Médio e Faixa Etária”, haverá aplicação de percentual único de reajuste do prêmio que será apurado de acordo com o enquadramento da apólice nas faixas de vidas seguradas dispostas nos itens 15.1 e 15.2, adiante.

Para fins desse enquadramento, será considerado o último mês do período de apuração do índice por sinistralidade.

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

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

15.1.1. Todas as apólices coletivas da Seguradora que estejam na faixa de até 29

(vinte e nove) segurados, em atendimento à Resolução Normativa editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), receberão, anualmente, a aplicação de um percentual único de reajuste do prêmio mensal, o qual será calculado na forma dos subitens 15.1.2. e 15.1.3, adiante.

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

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

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

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

15.1.3. O percentual único de reajuste do prêmio será limitado ao produto obtido da multiplicação do índice financeiro do prêmio pelo índice de sinistralidade, apurados na forma descrita nos subitens 15.1.3.1 e 15.1.3.2, a seguir.

O valor do percentual único de reajuste das apólices que integrem o agrupamento deverá ser único, não sendo admitido qualquer tipo de variação.

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

15.1.3.1.1. O índice financeiro do prêmio terá por base:

- a) a **Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH) da carteira, se positiva, que considera itens de despesas assistenciais em relação à quantidade de expostos e de eventos, num período de 12 (doze) meses relativamente aos 12 (doze) meses imediatamente anteriores; e**
- b) o **impacto decorrente da alteração de valores ou da inclusão de eventos e procedimentos de saúde que vierem a ser incorporados aos contratos.**

15.1.3.1.2. Consideram-se expostos os segurados aptos à imediata utilização do seguro, ou seja, sem estar sujeito à Carência ou Cobertura Parcial Temporária (CPT).

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

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

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

$$IS = \frac{S}{0,65 \times P}$$

Em que:

IS = índice de sinistralidade;

S = soma dos sinistros relativos ao período de apuração de todas as apólices do agrupamento, substituindo-se os dados dos 3 (três) primeiros meses de vigência de cada apólice, caso aplicável, pela multiplicação do sinistro per capita mensal dos demais contratos pelo respectivo número de segurados de cada apólice;

0,65 = fator constante na Proposta de Seguro; e

P = soma dos prêmios relativos ao período de apuração de todas as apólices do agrupamento.

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

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

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

15.2. Para as apólices que possuam 30 (trinta) vidas seguradas ou mais, e não se enquadrem no item 15.1, o cálculo do percentual único de reajuste do prêmio será limitado ao produto obtido da multiplicação do índice financeiro do prêmio, apurado na forma do subitem 15.2.1, pelo índice de sinistralidade, apurado na forma descrita no subitem 15.2.2.

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

15.2.1.1. O índice financeiro do prêmio terá por base:

- a) a Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH) da carteira, se positiva, que considera itens de despesas assistenciais em relação à quantidade de expostos e de eventos, num período de 12 (doze) meses relativamente aos 12 (doze) meses imediatamente anteriores; e**
- b) o impacto decorrente da alteração de valores ou da inclusão de eventos e procedimentos de saúde que vierem a ser incorporados aos contratos.**

15.2.1.1.1. Consideram-se expostos os segurados aptos à imediata utilização do seguro, ou seja, sem estar sujeito à Carência ou Cobertura Parcial Temporária (CPT).

15.2.1.1.2. 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.

15.2.2. ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

15.2.2.1. Para as apólices que possuam 30 (trinta) ou mais vidas seguradas, deverão ser obedecidas as condições a seguir:

15.2.2.1.1. O reajuste considerará os valores de sinistros e prêmios pagos das apólices coletivas empresariais que possuam 30 (trinta) ou mais vidas seguradas.

15.2.2.1.2. Somente integrarão a base do cálculo do reajuste por sinistralidade as apólices que possuírem vigência igual ou superior a 6 (seis) meses.

15.2.2.1.3. Na 1ª (primeira) reavaliação, serão ignorados os sinistros e os prêmios dos 3 (três) primeiros meses. Sendo assim, o período apurado compreenderá do 4º (quarto) ao 10º (décimo) meses de vigência da apólice, com aplicação do resultado no faturamento do 13º (décimo terceiro) mês de vigência da apólice, que corresponde ao mês de seu aniversário.

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

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

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

$$IS = \frac{S}{Y \times P}$$

Em que:

IS = índice de sinistralidade;

S = soma dos sinistros relativos ao período de apuração, das apólices com características semelhantes à apólice reavaliada;

Y = fator variável constante da proposta de seguro; e

P = soma dos prêmios relativos ao período de apuração, das apólices com características semelhantes à apólice reavaliada.

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

16. INCIDÊNCIA DO PERCENTUAL ÚNICO DE REAJUSTE

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

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

16.3. É responsabilidade do Estipulante da apólice dar ciência a todos os segurados, inativos e ativos contributários, quanto aos percentuais de reajuste aplicado ao prêmio.

17. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

17.1. Autorização Prévia

17.1.1. É a autorização de atendimento fornecida pela Seguradora, a partir de solicitação feita pela instituição referenciada para o atendimento, por meio de senha, com a qual o segurado poderá realizar os procedimentos contratados junto à rede referenciada, dentro dos limites previstos nesta cláusula.

17.1.1.1. Para a adequada análise à concessão da Autorização Prévia, o médico da Seguradora, reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, em adição ao pedido médico encaminhado na solicitação feita pela instituição referenciada para o atendimento, solicitar também informações e/ou documentos relativos ao procedimento previsto na cobertura assistencial, médica, ambulatorial e hospitalar contratada cujo

atendimento foi solicitado.

17.1.2. A referida Autorização Prévia poderá ser concedida por meio de senha específica informada nos canais de atendimento da Seguradora disponibilizados para esta finalidade, diretamente ao segurado e ao prestador de serviços referenciado junto à Seguradora, por ocasião da realização do procedimento previsto na cobertura assistencial, médica, ambulatorial e hospitalar contratada.

17.1.3. Informações relativas às solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial aos segurados poderão ser obtidas nos Núcleos de Atendimento presenciais, cujos endereços estão disponíveis no nosso endereço eletrônico(www.bradescoseguros.com.br/clientes/atendimento/sucursais/).

17.1.4. Os prazos máximos para resposta às solicitações de Autorização Prévia serão concluídos em observância aos prazos máximos de atendimento previstos na Regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiverem em vigor na data da solicitação de Autorização Prévia.

17.1.5. Todos os procedimentos assistenciais, médicos, ambulatoriais e hospitalares contratualmente cobertos são passíveis de Autorização Prévia da Seguradora para a realização na sua rede referenciada.

17.1.5.1. Em caráter de exceção, a Seguradora poderá dispensar, a seu critério e observada a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a necessidade de Autorização Prévia especificamente no que se refere a determinados procedimentos assistenciais, médicos, ambulatoriais e hospitalares. Os procedimentos dispensados de Autorização Prévia pela Seguradora, na forma deste item, podem ser consultados a qualquer momento pelo segurado, seu representante legal ou prestador de serviços médicos referenciado, em nome do segurado, junto à Seguradora, através da Central de Relacionamento.

17.1.5.2. É garantido ao segurado a dispensa de Autorização Prévia nos casos relativos à urgência e emergência, conforme regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

17.1.6. Procedimentos assistenciais, médicos, ambulatoriais e hospitalares que não estejam contemplados expressamente como dispensados de Autorização Prévia da Seguradora, em seus canais oficiais, descritos no subitem 17.1.5.1, quando do momento de realização do procedimento ou que não sejam relativos à urgência e emergência, conforme descrito no subitem 17.1.5.2, são passíveis de Autorização Prévia da Seguradora, nos termos do subitem 17.1.5.

17.1.7. A solicitação de procedimentos médico-hospitalares, serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, pode ser realizada por médico assistente ou cirurgião-dentista não pertencente à rede referenciada, desde que habilitados, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, para o procedimento específico solicitado.

17.1.8. Em se tratando de internação hospitalar em instituição referenciada, a Seguradora poderá pagar as despesas decorrentes de eventos cobertos, diretamente ao hospital e aos profissionais que estiverem referenciados no período de atendimento, se a internação for previamente 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 médico-hospitalar.

17.1.8.1. Será necessária justificativa do médico assistente, para análise da seguradora sempre que houver, durante a internação:

- a) atuação de especialista;
- b) atuação de mais de um médico por especialidade; e
- c) mais de uma visita de médico de uma mesma especialidade, por dia de internação.

17.1.8.2. No caso de haver indicação para internação cirúrgica eletiva, a Seguradora poderá solicitar ao segurado que compareça a um dos centros de referência, para avaliação quanto às condições de sua realização. A Autorização Prévia para internação clínica ou cirúrgica eletiva deverá ser solicitada à Seguradora com a antecedência acordada com o estabelecimento hospitalar, se o segurado optar pelo atendimento na rede referenciada, observando os prazos máximos de atendimento previstos na Regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiverem em vigor na data do pedido médico.

17.2. Perícia Médica

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

17.3. Alteração na Rede Hospitalar

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

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

17.3.2.1. No caso das entidades hospitalares, adicionalmente, deverão ser observadas

as condições adiante:

- a) No caso de substituição de prestador da rede hospitalar, esta poderá ser realizada desde que por outro prestador equivalente, e mediante comunicação prévia à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor; e
- b) No que se referir ao redimensionamento da rede hospitalar, em razão de redução, esta somente poderá ocorrer mediante prévia autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

17.3.2.2. Quando da substituição/exclusão, o Estipulante será comunicado com 30 (trinta) dias de antecedência, ficando garantidos a permanência do segurado e o pagamento das despesas até a alta hospitalar quando esta substituição/exclusão ocorrer durante o período de sua internação. Se a rescisão decorrer de fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, no período de internação do segurado, fica garantida a sua imediata remoção para outro estabelecimento equivalente, conforme previsto no art. 17 da Lei nº 9.656/98.

17.4. Divergências de Natureza Médica

17.4.1. É garantido ao segurado, em situações de divergência médica em relação a indicação técnica para a realização do procedimento, que eventual impasse seja dirimido através de junta constituída por 3 (três) médicos, a saber:

- a) um profissional nomeado pela Bradesco Saúde;
- b) o médico assistente do segurado; e
- c) um terceiro, desempatador, escolhido pelo médico assistente do segurado, nomeado a partir de uma lista com quatro indicações de profissionais médicos, fornecida pela Seguradora.

17.4.2. A remuneração do médico desempatador ficará a cargo da Seguradora.

17.4.3. A referida junta médica e respectiva deliberação de decisão obedecerão a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento.

17.5. Coparticipação

17.5.1. Quando o Estipulante optar por planos que possuam coparticipação financeira do segurado, deverão ser observadas as regras e condições descritas neste item.

17.5.2. Os percentuais, valores limites contratados e grupos de procedimentos sobre os quais incidirá a coparticipação estarão previstos na Proposta de Seguro.

17.5.2.1. A tabela de referência, que contém os procedimentos sujeitos à

coparticipação, está disponível no Portal da Bradesco Saúde (www.bradescosaude.com.br) e será periodicamente atualizada. Esta tabela é parte integrante do contrato de seguro-saúde, sendo certo que o contratante declarou na proposta de seguro sua ciência e anuência aos seus termos.

17.5.3. A efetiva cobrança de coparticipação considerará o valor limite, definido no quadro demonstrativo “Coparticipação por Grupo de Procedimentos”, constante na Proposta de Seguro, ou o percentual contratado para o procedimento realizado, prevalecendo o que for menor.

17.5.4. Os percentuais ou valores limites, serão aplicados para cada procedimento realizado ainda que pertençam ao mesmo grupo, inclusive quando ocorrerem em pronto-socorro.

17.5.5. A Bradesco Saúde poderá negociar com os prestadores referenciados a contratação de Procedimentos Padronizados. Neste caso, o valor limite de coparticipação será aplicado sobre o preço único negociado, independentemente da quantidade de procedimentos realizados pelo segurado.

17.5.5.1. Para os fins previstos neste item, entende-se por Procedimentos Padronizados o agrupamento de despesas inerentes à realização de determinado atendimento/procedimento, que serão pagos em valor único ao prestador referenciado.

17.5.6. Os valores e/ou percentuais de coparticipação poderão ser alterados mediante acordo entre as partes, devendo sempre ser observado o limite previsto em norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

17.5.7. Coparticipação em Internação

17.5.7.1. Quando contratada coparticipação para o procedimento de internação, o valor será fixo, em reais, por evento, independentemente da quantidade de dias de internação.

17.5.7.2. A coparticipação decorrente de internação psiquiátrica segue regras específicas, conforme previsto na Cláusula “Coberturas do Seguro”, destas Condições Gerais e será devida, ainda que o plano contratado não preveja coparticipação para outros procedimentos médico-hospitalares, em conformidade com a legislação aplicável.

17.5.8. Pagamento da Coparticipação

17.5.8.1. Para os procedimentos realizados pelos segurados na rede referenciada, os valores referentes à coparticipação serão cobrados do Estipulante na mesma fatura do prêmio mensal.

17.5.8.2. Para os procedimentos realizados pelos segurados pelo sistema de acesso à livre escolha de prestadores, o valor referente à coparticipação será deduzido do reembolso a ser efetuado ao segurado titular.

17.5.8.3. O Estipulante é responsável pelo pagamento integral à Seguradora dos valores referentes à coparticipação sempre que houver utilização do plano por seus segurados. No entanto, o Estipulante também é responsável por realizar a efetiva cobrança do valor da coparticipação diretamente aos segurados vinculados à apólice, a fim de que se cumpra o objetivo deste mecanismo de regulação.

17.5.9. Reajuste

17.5.9.1. Os valores limites e os valores de coparticipação em internação, ambos em reais, serão reajustados anualmente, no aniversário do contrato, e seguirão o mesmo percentual de reajuste do Coeficiente de Reembolso de Seguro (CRS), conforme a metodologia prevista na Cláusula “Modalidades de Atendimento”.

18. REGRAS DE MANUTENÇÃO DO DEMITIDO E APOSENTADO

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

18.1. Segurado Não Contributário

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

18.2. Segurado Contributário

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

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

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

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

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

18.2.2.2. Na forma desta cláusula, consideram-se mesmas condições de cobertura assistencial: a segmentação, a cobertura, a rede assistencial, o padrão de acomodação em internação, a área geográfica de abrangência e o fator moderador, se houver, do plano contratado para os empregados ativos.

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

18.2.2.3.1. O direito de manutenção assegurado no subitem anterior é garantido aos segurados dependentes inscritos no seguro saúde, caso o segurado titular venha a falecer antes do exercício do previsto nos subitens 18.2.2 e 18.2.2.1.

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

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

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

18.2.5. O Estipulante deverá considerar para cômputo do período de contribuição de seus ex-empregados, os pagamentos ocorridos a qualquer tempo, ainda que não esteja ocorrendo contribuição no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, nos termos da Resolução Normativa, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

18.2.5.1. Adicionalmente, serão consideradas as contribuições ocorridas em planos contratados pelo Estipulante sucessivamente com mais de uma operadora, desde que a sucessão contratual tenha se dado em contratos celebrados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98.

18.2.5.2. Ainda que tenha havido migração para planos regulamentados, também deverá ser contabilizado o período de contribuição realizada pelo empregado anteriormente à migração.

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

18.2.6. O Estipulante é responsável por:

- a) comunicar a exclusão do segurado à Seguradora, informando se esta se deu por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, destacando, ainda, se o segurado se enquadra no disposto no subitem 18.2.2.3;**
- b) informar à Seguradora se o segurado faz jus à permanência no seguro-saúde, em função do previsto nos subitens 18.2.2 e 18.2.3;**
- c) efetuar o controle do tempo de contribuição de seus segurados, informando-o à Seguradora, para fins do cálculo do tempo de permanência no seguro em virtude dos art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98; e**
- d) informar se o segurado optou por sua permanência no seguro, entregando os documentos comprobatórios desta opção à Seguradora.**

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

18.2.6.1.1. O Estipulante obriga-se a custear todos os valores despendidos pela Seguradora com serviços advocatícios e custas processuais para defesa nas demandas judiciais ou extrajudiciais propostas por ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados que venham a questionar os valores de

prêmios ou reajustes. O Estipulante se obriga a efetuar o pagamento da diferença entre o prêmio estabelecido no contrato de seguro e o valor definido por decisão judicial, ainda que não definitiva. O Estipulante obriga-se, ainda, a reembolsar à Seguradora todos os demais valores que esta, eventualmente, venha a desembolsar em razão de tais demandas, autorizando a Seguradora a efetuar a cobrança dos valores correspondentes nas faturas.

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

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

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

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

18.2.7.1. Durante o período de manutenção da condição de segurado garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, o segurado também poderá exercer a portabilidade de carências, nos termos da legislação em vigor.

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

18.2.8. Os segurados demitidos e os aposentados que optarem por exercer seus direitos, conforme definido nesta cláusula, continuarão vinculados à apólice mantida pelo Estipulante, que será responsável pelo recolhimento à Seguradora do prêmio correspondente em sua integralidade, sendo mantidos no mesmo plano em que se encontravam quando da vigência do contrato de trabalho.

18.2.9. Os valores do custo médio (preço único), bem como a tabela com os custos por faixa etária que lhe deram origem, constam na Proposta de Seguro e serão disponibilizados pela Seguradora, por intermédio do Estipulante, em atendimento a Resolução Normativa que dispõe sobre os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98. Serão atualizados na periodicidade prevista na Cláusula “Incidência do Percentual Único de Reajuste”, sendo de responsabilidade do Estipulante apresentá-los aos segurados, inclusive àqueles recém-admitidos, no momento em que forem cadastrados na apólice de seguro-saúde.

18.2.9.1 O valor do custo médio é obtido pela média ponderada dos preços por Faixa Etária e da distribuição etária do grupo segurado, na forma do disposto na Cláusula “Modalidades de Pagamento por Custo Médio e Faixa Etária”, caracterizando, assim, o mutualismo entre os empregados ativos e inativos, de acordo com a Resolução Normativa editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Seus valores serão reajustados periodicamente, respeitado o previsto na legislação em vigor.

18.2.9.1.1. É de responsabilidade do Estipulante explicitar o mutualismo de que trata o subitem 18.2.9.2, quanto à modalidade de cobrança do prêmio mensal, nos termos da Resolução Normativa, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como informar o critério para a determinação do preço na eventualidade de sua participação no pagamento do prêmio mensal do seguro. Para tanto, poderá utilizar as informações disponibilizadas pela Seguradora, conforme subitem 18.2.9.

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

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

18.2.10. Suspensão

18.2.10.1. O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 5 (cinco) dias implicará na suspensão do atendimento das coberturas contratadas até a efetiva regularização do débito, mediante notificação que será realizada pelos meios previstos em resolução normativa que trata sobre o tema, com base nos dados disponíveis no cadastro da Seguradora.

18.2.11. A exclusão do segurado inativo e seus eventuais dependentes ocorrerá pelo decurso do prazo do benefício previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, ou, antes disso, caso ocorra uma das seguintes hipóteses:

a) for admitido em novo emprego, considerando-se como tal o estabelecimento de novo vínculo profissional que possibilite seu ingresso em plano coletivo

empresarial, coletivo por adesão ou autogestão;

b) em caso de não pagamento de 2 (duas) mensalidades, consecutivas ou não, a Seguradora procederá com a exclusão do segurado, mediante prévia notificação, até o quinquagésimo dia de inadimplência, contados do vencimento da primeira mensalidade. A notificação deverá seguir os requisitos previstos em resolução normativa que trata sobre o tema, inclusive no que se refere aos meios de comunicação.

b1) é responsabilidade do Estipulante manter as informações cadastrais dos segurados atualizadas junto à Seguradora, para fins de cumprimento da notificação mencionada no item anterior;

b2) a exclusão do segurado por iniciativa da Seguradora somente poderá ocorrer após decorrido o prazo de 10 (dez) dias ininterruptos a partir da data da notificação válida e se o débito não tiver sido quitado neste prazo. O pagamento de apenas uma das mensalidades em atraso não é suficiente para descaracterizar a inadimplência e, conseqüentemente, a exclusão do segurado, conforme previsto na regulamentação;

b3) na hipótese de não haver qualquer regulamentação sobre o tema, os segurados inadimplentes poderão ser excluídos em caso de não pagamento por período superior a 15 dias, a contar do vencimento da primeira mensalidade, mediante prévia notificação.

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

d) infrações, fraudes comprovadas ou conduta indevida/irregular;

e) solicitação formal do segurado ao Estipulante, mediante comunicação deste à Seguradora; ou

f) se ocorrer o cancelamento do contrato coletivo de plano de saúde, ao qual o inativo se encontra vinculado.

18.2.11.1. Em caso de cancelamento do grupo de empregados ativos, o grupo dos inativos, se houver, também será automaticamente cancelado.

19. RESPONSABILIDADES DO ESTIPULANTE

19.1 O Estipulante se compromete a disponibilizar aos segurados os seguintes documentos:

a) Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde;

b) Guia de Leitura Contratual (GLC); e

c) cópia das Condições Gerais do seguro contratado, sempre que solicitado pelo segurado titular, que conterà, no mínimo, os temas que compõem o Guia de Leitura

Contratual (GLC), cujas informações se restrinjam ao plano ao qual o segurado está vinculado.

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

19.2. Será de responsabilidade do Estipulante, além de outras estabelecidas nestas Condições Gerais, na Proposta de Seguro e na legislação:

- a) controlar, exigir e comprovar os requisitos de elegibilidade dos segurados nos termos destas Condições Gerais;**
- b) prestar todas as informações solicitadas pela Seguradora, quanto aos dados cadastrais dos segurados inscritos nesta apólice, sejam titulares ou dependentes, bem como fornecer cópia de documentos necessários à comprovação dos dados informados, para todo e qualquer fim, especialmente, mas não se limitando ao cumprimento do disposto na Lei nº 9.613/98, de 03.03.1998, mantendo estas informações sempre completas e atualizadas, informando quaisquer alterações ocorridas, e observando sempre a privacidade e proteção dos dados pessoais dos usuários titulares e dependentes, assim como a legislação aplicável;**
- c) solicitar a exclusão de segurados e suspensão da cobertura;**
- d) cobrar e receber qualquer importância em face dos segurados, a todo e qualquer título;**
- e) encaminhar ao segurado e receber por parte deste, bem como enviar tempestivamente, à Seguradora, o formulário a ser preenchido pelo segurado, para que seja apresentada no prazo devido, a impugnação contra pedido de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS);**
- f) comunicar à Seguradora quaisquer ocorrências que impliquem em alteração ou cancelamento do seguro, tão logo tenha conhecimento do fato;**
- g) incluir somente segurados que se enquadrem nas regras acordadas na Proposta de Seguro, especialmente, mas não se limitando ao enquadramento na regra estabelecida quanto ao local de residência do segurado, sob pena de cancelamento do contrato, na forma da alínea “a”, do subitem 12.2.1; e**
- h) orientar o segurado a consultar, por meio dos canais digitais, indicados pela Seguradora, o acesso ao seu Cartão de Identificação Digital e as instruções para sua devida utilização.**

19.2.1. Ao Empresário Individual, no aniversário do contrato, ou sempre que solicitado pela Seguradora, caberá adicionalmente o fornecimento de documentação comprobatória de sua inscrição nos órgãos competentes, bem como de sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, de acordo com sua forma de constituição, sob pena de cancelamento do

contrato. O referido cancelamento ocorrerá mediante prévia notificação, com 60 (sessenta) dias de antecedência, informando que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro, conforme previsto na Resolução Normativa vigente que dispuser sobre o tema, inclusive no que se refere aos meios de comunicação.

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

- a) fraude ou conduta indevida/irregular e nas situações previstas no item 22.3, destas Condições Gerais;**
- b) perda do vínculo do segurado titular conforme previsto no contrato, ressalvado o direito à permanência assegurado nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e suas regulamentações; ou**
- c) perda do enquadramento na condição de segurado dependente, conforme previsto nestas Condições Gerais.**

19.4. Na eventualidade de a Seguradora ou o Estipulante ser(em) demandado(s) judicialmente para garantir a manutenção de segurado(s), incluindo dependentes, ativos ou inativos, no presente contrato, caberá ao Estipulante arcar com custeio mensal total (prêmio) relativo àqueles segurados, ou a sua integralização, caso tenha sido arbitrado em juízo valor de prêmio inferior ao estabelecido pela Seguradora, ou caso a decisão tenha dispensado o pagamento por parte deste(s) segurado(s).

19.5. Caberá ao Estipulante, durante a vigência desta apólice, assumir a responsabilidade e ressarcir à Seguradora, após a comunicação da respectiva ocorrência, por todos os custos decorrentes de sinistros relacionados a procedimentos não cobertos e demais despesas não previstas no presente contrato, concedidas aos segurados, sejam eles ativos ou inativos, que a Bradesco Saúde seja obrigada a pagar, por força de medida judicial ou administrativa, sem prejuízo do ressarcimento por penalidades, multas, honorários, custas judiciais, juros, e quaisquer outras despesas havidas.

19.5.1. Se ainda restar discussão de ações judiciais ou processos administrativos que tratem das hipóteses previstas nesta cláusula, após o encerramento do contrato, a Bradesco Saúde fará a cobrança dos valores já despendidos em tais processos, sem prejuízo de realizar novas cobranças no futuro.

19.5.1.2. Os valores que venham a ser ressarcidos pelo Estipulante à Bradesco Saúde, nos termos deste item, não serão computados para fins de apuração da sinistralidade da apólice.

20. BÔNUS – DESCONTOS

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

20.1.1. Após o início de vigência do seguro, e a qualquer tempo, o referido desconto deixará de incidir sobre o prêmio do seguro a partir do faturamento do mês subsequente à ocorrência, nas seguintes situações:

- a) se o Estipulante deixar de incluir pessoa(s) elegível(is) ao seguro-saúde, conforme previsto na Cláusula “Condições de Aceitação e Admissão” ou ratificado na Proposta; e
- b) se o Estipulante ou o segurado titular solicitarem a exclusão de pessoa(s) elegível(is) à manutenção da condição de segurado, titular ou dependente.

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

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

21. PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

21.1. A seguradora e o Estipulante declaram e garantem mutuamente que cumprem toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, a Lei Federal nº 13.709/2018 (lei Geral de Proteção de dados Pessoais – “LGPD”), resoluções emitidas pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados (“ANPD”) e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema (“Legislação Aplicável”), comprometendo-se a tratar os dados classificados como pessoais, coletados e tratados para a execução do seguro, somente nos estritos limites aqui previstos, como controladoras de dados pessoais ou por meio de seus operadores, nos termos da Legislação Aplicável.

21.2. A Seguradora e o Estipulante se comprometem a tratar os Dados Pessoais e Sensíveis relacionados ao seguro contratado somente nos estritos limites previstos na Legislação Aplicável, nestas Condições Gerais e demais documentos de

contratação do seguro, não havendo qualquer tipo de tratamento incompatível com os objetivos acordados neste instrumento.

21.3. Enquanto controlador dos Dados Pessoais, o Estipulante se responsabiliza e garante que as informações que compartilhar diretamente com a Seguradora, em decorrência da celebração do seguro, foram coletadas em conformidade com a Legislação Aplicável.

21.4. Para o pleno atendimento da Legislação Aplicável e para possibilitar a execução do contrato de seguro saúde ofertado pela Seguradora, o Estipulante deverá:

21.4.1. Adotar as medidas razoáveis para garantir que o acesso de qualquer funcionário, agente ou terceiro aos Dados Pessoais tratados em função do seguro contratado, seja estritamente limitado àqueles que de fato precisam acessá-los, de forma confidencial, permanecendo integralmente responsável pelos atos e omissões do terceiro que engajar no tratamento, que por sua vez deve se submeter a regras não menos rigorosas que aquelas previstas nestas Condições Gerais.

21.4.2. Se abster de coletar ou tratar Dados Pessoais dos seus empregados em nome da Seguradora em hipóteses que não estejam previstas nestas Condições Gerais.

21.4.3. Adotar medidas de transparência para que os segurados sejam informados sobre quais serão os Dados Pessoais coletados e compartilhados para fins de execução dos serviços executados pela Seguradora, bem como quais os papéis e responsabilidades tanto da Seguradora, como do Estipulante para a execução e viabilização do seguro contratado.

21.4.4. Garantir a implementação de proteções técnicas aptas a manter a integridade, confidencialidade e disponibilidade dos Dados Pessoais, especialmente ao tratar Dados Pessoais Sensíveis, considerando o estado da técnica, o contexto do tratamento, a natureza dos Dados Pessoais, as categorias de Titulares e os riscos do tratamento para tais Titulares.

21.5. A Seguradora e o Estipulante prestarão auxílio mútuo para garantir o exercício dos direitos por parte dos Titulares. Sem prejuízo do auxílio mútuo, a elaboração de respostas a requisições de Titulares ou de terceiros ("Requisições") incluindo, mas não se limitando à ANPD, caberá exclusivamente à Parte que figurar como controladora da atividade de tratamento objeto da Requisição.

21.6. O Estipulante deverá comunicar a Seguradora caso receba alguma Requisição relacionada à atividade de tratamento de Dados Pessoais desempenhada pela Seguradora. Tal comunicação deverá ocorrer em até 24 (vinte e quatro) horas a contar do

recebimento.

21.7. As Partes comprometem-se mutuamente a notificar qualquer ocorrência de acesso não autorizado, divulgação indevida, exposição acidental ou intencional, bem como situações de destruição, deleção, perda ou alteração de Dados Pessoais (“Incidente”) relacionados ao tratamento realizado no âmbito deste Contrato, em conformidade com os procedimentos estabelecidos pela Resolução CD/ANPD nº 15/2024.

21.7.1. Após a notificação do Incidente, as Partes comprometem-se auxiliar uma à outra no cumprimento de suas obrigações de acordo com a Legislação Aplicável, incluindo, quando aplicável, a notificação dos Titulares dos dados afetados e da ANPD, fornecendo informações relevantes disponíveis e qualquer outra assistência para evitar a recorrência de Incidentes da mesma natureza.

21.8. Caso uma das Partes realize transferência internacional dos Dados Pessoais tratados no âmbito destas Condições Gerais, se compromete a cumprir com os requisitos da Legislação Aplicável, em especial a Resolução CD/ANPD nº 19/2024, para a sua efetivação.

21.9. Em caso de descumprimento de qualquer obrigação prevista na presente Condição Geral e demais documentos contratuais, ficará a Parte que deu comprovadamente causa ao descumprimento responsável por reparar eventuais perdas e danos comprovadamente causados, as quais não estarão sujeitas a qualquer limite (ainda que disposto de outra forma neste ou em outro instrumento celebrado entre as Partes).

21.9.1. Caso uma das Partes assuma responsabilidade atribuível à outra Parte, poderá exercer o direito de regresso.

21.10. A Seguradora observa a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em seu processo de análise e implantação de apólices e inclusão de segurados, bem como cumpre com o disposto nas Leis nº 9.656/98 (que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde) e na LGPD, especialmente no que tange, respectivamente, aos artigos 14 e 11, § 5º desta última lei,, os quais dispõem sobre a vedação às operadoras de planos de saúde no que diz respeito a prática de seleção de riscos.

21.11. As comunicações relacionadas ao tratamento de Dados Pessoais realizado no âmbito desta relação deverão ser direcionadas por uma Parte à outra aos contatos indicados a seguir:

Seguradora

e-mail: protecao.dados@bradescoseguros.com.br

Estipulante

e-mail: [inserir]

22. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

22.2. A Seguradora poderá solicitar, a qualquer momento, a apresentação de documentação que permita a comprovação de vínculo **entre segurado e o Estipulante, ou a relação de dependência entre o segurado dependente e seu segurado titular, para que seja preservada a natureza empresarial do contrato ou a validação do grupo segurável definido no momento da contratação, bem como se houve alteração do grupo segurável.**

22.3. A não prestação das informações corretas das exclusões, inclusões e alterações de segurados, ou quaisquer outras de responsabilidade do Estipulante sob o contrato, e ainda a constatação de divergência entre o grupo segurável previsto na Proposta ou no Contrato e aquele efetivamente coberto, desoneram completamente a Seguradora de quaisquer ônus delas decorrentes, arcando o Estipulante, integralmente, com os custos e despesas eventualmente havidos pela Seguradora por conta das informações incorretas, inexatas ou pela verificação pela Seguradora da existência de divergências. Além disso, a Seguradora poderá providenciar a exclusão do segurado em relação ao qual se verificou a divergência.

22.4. A Seguradora mediante expressa autorização do segurado/paciente, poderá consultar entidades de direito público e privado, pessoas físicas e jurídicas, com o objetivo de obter informações relacionadas com a saúde dos segurados, garantindo o tratamento adequado dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis, caso haja, em conformidade com todas as leis e regulamentos aplicáveis à privacidade e proteção de dados, especialmente a Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados-LGPD.

22.5. O material explicativo intitulado Manual do Segurado, disponibilizado pela Seguradora ao Estipulante para distribuição aos segurados titulares incluídos no grupo segurável, contém esclarecimentos sobre providências que devem ser tomadas em caso de necessidade de recorrer às coberturas deste seguro, inclusive no que se refere à rotina para obtenção de autorização (senha) para a realização de procedimentos que necessitam de Autorização Prévia. No que diz respeito a direitos e obrigações

relacionados no Manual do Segurado, prevalecem as disposições constantes destas Condições Gerais.

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

22.7. 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 destas informações observará, ainda, a forma prevista na legislação em vigor.

22.8. Integram o presente contrato os seguintes documentos:

- a) Proposta de Seguro;
- b) Declaração de Saúde, se houver;
- c) Atributos do (s) Plano(s) contratado(s);
- d) Tabela de Reembolso de Honorários e Serviços Médicos (TRHSM) e Tabela de Reembolso de Serviços Hospitalares (TRSH);
- e) Manual do Segurado;
- f) Guia de Leitura Contratual; e
- g) outros documentos disponibilizados ao segurado relativos ao seu plano de seguro saúde.

22.8.1. Em caso de aparente divergência de redação entre os instrumentos contratuais, aplicam-se as seguintes regras de prevalência:

- a) a Proposta de Seguro prevalecerá sobre as Condições Gerais previstas neste documento, apenas naquilo que dispuser de forma distinta;
- b) as Condições Particulares celebradas na vigência da apólice prevalecerão sobre os instrumentos contratuais anteriores, apenas naquilo que os alterarem expressamente ou dispuserem de forma distinta. Os documentos previstos nas alíneas "c", "e" e "f" e outros cujo conteúdo seja determinado por lei ou regulamento não poderão ser alterados pelas partes.

22.9. As partes declaram neste ato o compromisso ético e de responsabilidade socioambiental, que busca, no exercício de suas atividades, agregar valor para a sociedade e gerar resultados positivos integrados **nas dimensões econômica, social, ambiental e mudanças climáticas**. Desta forma, as partes declaram e garantem mutuamente, inclusive perante seus fornecedores de bens e serviços que:

- a) exercem suas atividades em conformidade com a legislação vigente a elas aplicável e que detêm as aprovações necessárias às suas atividades;
- b) não utilizam de trabalho ilegal e comprometem-se a não utilizar práticas de trabalho análogo ao escravo ou de mão de obra infantil, salvo este último na condição de aprendiz, observadas as disposições das Consolidações das Leis do Trabalho, seja direta ou indiretamente, por meio de seus respectivos fornecedores de produtos e serviços;
- c) não empregam menor até 18 (dezoito) anos, inclusive menor aprendiz em locais prejudiciais à sua formação, ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social, bem como em locais e serviços perigosos ou insalubres, em horários que não permitam a frequência à escola e, ainda, em horário noturno, considerando este o período compreendido entre às 22hs e 5hs;
- d) não utilizam práticas de discriminação negativa e limitativas ao acesso na relação de emprego ou à manutenção, tais como, mas não se limitando a: motivo de sexo, origem, raça, cor, condição física, religião, estado civil, idade, situação familiar ou estado gravídico; e
- e) comprometem-se a proteger e preservar o meio ambiente, bem como prevenir e erradicar práticas danosas ao meio ambiente, inclusive em relação ao tratamento adequado dos materiais/resíduos decorrentes de suas atividades, executando seus serviços em observância à legislação vigente no que tange à Política Nacional do Meio Ambiente e dos Crimes Ambientais, bem como dos atos legais, normativos e administrativos relativos à área ambiental e correlatas, emanados das esferas Federal, Estaduais e Municipais.

23. ELEIÇÃO DE FORO

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

Em caso de assinatura eletrônica pelo Contratante que utilize certificado não emitido pelo ICP-Brasil, as partes concordam e reconhecem que tal forma de assinatura será admitida para comprovação de autoria e integridade deste documento, tornando este documento apto e válido para todos os seus fins de direito, na forma permitida pelo artigo 10 da Medida Provisória nº 2200-2/2001, em vigor no Brasil nesta data, desde que seja possível a verificação pela Operadora de Plano de Saúde quanto à certificação utilizada, o que somente será confirmado com a aposição da assinatura da Operadora de Plano de Saúde e consequente devolução do presente documento, sem necessidade de qualquer outra formalização entre as partes neste sentido.

Rio de Janeiro, ___ de _____ de 20__.

BRADESCO SAÚDE S.A.

ASSINATURA DO ESTIPULANTE

Em caso de dúvidas referentes ao seguro contratado,
entre em contato com o SAC pelo telefone 0800 727 9966.
Demais Canais de Atendimento disponíveis no Portal da Bradesco Saúde
(www.bradescosaude.com.br)

REMISSÃO POR MORTE DO SEGURADO TITULAR

Condições

1. Esta cobertura é exclusiva aos segurados incluídos nos planos denominados: Ideal, Nacional, Nacional Plus e Premium, independente da acomodação contratada.

2. Esta cobertura garante, sem pagamento de prêmio, a permanência no seguro, por 1 (um) ano, ou pelo prazo negociado entre as partes e previsto na Proposta de Seguro, das seguintes pessoas, desde que estejam inscritas como segurado dependente no seguro-saúde, à época do óbito do segurado titular:

- a) cônjuge;**
- b) companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;**
- c) filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados) com até 17 (dezesete) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove);**
- d) filho(s) (naturais, adotivos ou enteados) de qualquer idade, quando incapacitado(s) para o trabalho, e desde que incluído(s) como dependente(s) no Imposto de Renda do segurado titular, para efeito da declaração de ajuste anual.**

3. Esta cobertura será concedida desde que:

- a) o falecimento tenha decorrido de evento passível de cobertura pelo seguro;**
- b) a cobertura do seguro-saúde não esteja suspensa por motivo de atraso no pagamento de algum prêmio; e**
- c) o vínculo previsto no subitem 2.41.1 destas Condições Gerais esteja mantido com o Estipulante na data do falecimento, e que possa ser comprovado.**

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

5. O segurado dependente que atender aos requisitos da Cláusula "Objeto do Seguro" perderá o benefício da remissão nas seguintes situações:

- a) quando o segurado atingir a idade de 18 (dezoito) anos, desde que não seja filho inválido, assim considerado aquele elegível para efeito da declaração de Imposto de Renda do segurado titular, ainda que isto ocorra durante o período de gozo da remissão;**
- b) após o decurso do período de remissão; ou**
- c) se verificada a ocorrência de qualquer das situações previstas na Cláusula "Suspensão e Rescisão da Apólice de Seguro" destas Condições Gerais, ainda que**

ocorra durante o período de gozo da remissão.

6. Não terão direito à cobertura especial de remissão os segurados dependentes que, apesar de se enquadrarem na condição definida na Cláusula “Objeto do Seguro”, tenham sido incluídos na apólice nos 12 (doze) meses anteriores ao falecimento do segurado titular, salvo se:

- a) a morte do segurado titular tiver decorrido de acidente pessoal;**
- b) o segurado dependente, que seja o filho do titular falecido, tenha nascido ou sido efetivamente adotado nos 12 (doze) meses anteriores ao falecimento do segurado titular ou após a data de seu óbito;**
- c) novo cônjuge, que tenha se casado ou firmado contrato de união estável na forma da lei, nos 12 (doze) meses anteriores ao falecimento do segurado titular, e que tenha sido incluído no seguro em até 30 (trinta) dias de sua elegibilidade.**

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

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

9. Esta cobertura não é extensiva aos segurados incluídos nos planos Saúde 1+, Efetivo e Nacional Flex, independente da acomodação contratada.

SEGURO VIAGEM BRADESCO

1. OBJETIVO

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

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

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

2. SEGURADORA

2.1 O Seguro Viagem Bradesco é garantido pela Bradesco Vida e Previdência S.A., com sede em Avenida Alphaville, nº 779, CEP: 06472 -900 – Barueri – SP, inscrita no CNPJ sob o nº 51.990.695/0001-37, contratada pela **Bradesco Saúde S.A.**, doravante denominada e na condição de SEGURADORA autorizada a operar Seguro de Pessoas no Brasil, conforme exigência da SUSEP, através da Resolução CNSP nº 315/2014, em seu artigo 22, e em vigor desde 26/03/2016, para coberturas do "**Seguro Viagem Bradesco**".

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

3. COBERTURAS E CAPITAIS SEGURADOS DO SEGURO VIAGEM BRADESCO

3.1. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas – Viagem ao Exterior – Garante ao segurado o reembolso, até o limite de R\$190.800,00 (cento e noventa mil e oitocentos reais) para os segurados inscritos no plano Nacional e até o limite de R\$285.500,00 (duzentos e oitenta e cinco mil e quinhentos reais) para os segurados inscritos nos planos Nacional Plus e Premium, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas devidamente comprovadas pelo segurado, para seu tratamento sob orientação médica, ocasionado por Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda.

3.2. Traslado de Corpo – Garante o reembolso, para os segurados inscritos nos planos Nacional, Nacional Plus e Premium até o limite de R\$51.800,00 (cinquenta e um mil e oitocentos reais) das despesas com a liberação e transporte do corpo do segurado do local da ocorrência do evento coberto até o seu domicílio ou local do sepultamento, no Brasil.

3.3. Regresso Sanitário – Garante o reembolso, até o limite de R\$10.000,00 (dez mil reais) para os segurados inscritos no plano Nacional, e para os segurados inscritos nos planos Nacional Plus e Premium, até o limite de R\$51.800,00 (cinquenta e um mil e oitocentos reais), das despesas com o seu traslado de regresso ao local de origem da viagem ou ao seu domicílio informado por ocasião da adesão ao Seguro, caso o segurado não se encontre em condições de retornar como passageiro regular por motivo de Acidente Pessoal ou enfermidade, ocorridos durante o Período de Cobertura.

3.4. Traslado Médico – Garante o reembolso, até o limite de R\$10.000,00 (dez mil reais) para os segurados inscritos no plano Nacional e para os segurados inscritos nos planos Nacional Plus e Premium, até o limite de R\$285.500,00 (duzentos e oitenta e cinco mil e quinhentos reais), das despesas com a remoção ou transferência do segurado até a clínica ou hospital mais próximo em condições de atendê-lo, por motivo de Acidente Pessoal coberto ou enfermidade súbita e aguda.

3.5. Perda de Bagagem – Garante o pagamento de uma Indenização, para os segurados inscritos nos planos Nacional, Nacional Plus e Premium até o limite de R\$200,00 (duzentos reais), caso ocorra a perda, extravio, furto, roubo, dano ou destruição devidamente comprovados da Bagagem do segurado durante o Período de Cobertura.

3.6. Reembolso de Despesas Farmacêuticas em Viagem – Garante o reembolso, até o limite de R\$500,00 (quinhentos reais) para os segurados inscritos nos planos Nacional, Nacional Plus e Premium, das despesas incorridas com a aquisição, durante o Período de Cobertura, de medicamentos prescritos pelo médico legalmente habilitado e responsável pelo atendimento médico ou odontológico ao segurado.

3.7. Reembolso de Despesas com Envio de Acompanhante – Garante o reembolso até o limite de R\$10.000,00 (dez mil reais), para os segurados inscritos no plano Nacional e para os segurados inscritos nos planos Nacional Plus e Premium, até o limite de R\$15.000,00 (quinze mil reais), das despesas incorridas com o envio de acompanhante indicado pelo segurado que permanecer internado por mais de 10 (dez) dias no Brasil ou por mais de 05 (cinco) dias no exterior, em decorrência de evento ocorrido durante o Período de Cobertura, desde que o segurado já não tenha um acompanhante no local.

3.8. Reembolso de Despesas com Hospedagem após Alta Hospitalar em Viagem – Garante o reembolso, até o limite de R\$1.000,00 (um mil reais), para os segurados inscritos nos planos Nacional, Nacional Plus e Premium, das despesas incorridas com hospedagem após alta hospitalar por motivo de convalescença e indicação do médico assistente do Segurado, durante o Período de Cobertura, excluídas as despesas com alimentação e bebidas.

3.9. A inclusão de menores de 14 (quatorze) anos destina-se somente ao reembolso de despesas, observados os limites de capital segurado contratados.

3.10. Para os fins deste Seguro, só serão garantidas as coberturas para as viagens cujo deslocamento seja igual ou superior a 100 km (cem quilômetros) da residência permanente do Segurado.

3.11. A descrição completa das coberturas mencionadas nesta cláusula, com as garantias por elas oferecidas, respectivos Riscos Cobertos e Riscos Excluídos, além das situações passíveis de perda de direitos estão previstas nas Condições Gerais do Seguro, que se encontram disponíveis no site www.bradescoprevidencia.com.br

4. VIGÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO

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

4.2. A Bradesco Saúde poderá rever e modificar, a qualquer momento, as condições de cobertura previstas neste contrato, e até mesmo descontinuar a sua garantia, sem prévio aviso ao Estipulante.

5. INFORMAÇÕES GERAIS

5.1. O registro deste plano na SUSEP não implica por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

5.2. Em atendimento à Lei n. 12.741/12, informamos que incidem sobre Prêmios de Seguros os seguintes tributos de responsabilidade do contribuinte: PIS (0,65%); COFINS (4,00%); IOF (entre 0% e 7,38%), que serão apurados e recolhidos nos termos da legislação.

5.3. Para mais informações sobre Coberturas, Riscos cobertos e riscos excluídos, consulte as Condições Gerais da Apólice e Contrato de Seguro, disponíveis com o Estipulante, Corretor de Seguros ou diretamente na Seguradora.

Estipulante: BRADESCO SAÚDE S.A., com sede na Avenida Rio de Janeiro, nº 555, Caju - CEP: 20.931-675 – Rio de Janeiro – RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 92.693.118/0001-60 e na ANS sob o nº 057111.

Apólice: nº 550000019

Corretor: BRADESCOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Seguro Viagem Bradesco – Processo SUSEP n. 15414.900006/2016-60

Em caso de dúvidas referentes ao seguro contratado,
entre em contato com o SAC pelo telefone 0800 721 1144.
Demais Canais de Atendimento disponíveis no Portal da Bradesco Saúde
(www.bradescoseguros.com.br)

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

SERVIÇOS COMPLEMENTARES AO SEGURO VIAGEM BRADESCO SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

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

1.1 No Brasil e no Exterior:

1.1.1. Organização de Remoção Inter Hospitalar – Caso o segurado esteja utilizando uma das assistências médicas previstas no item 3.1 das Condições do Seguro Viagem Bradesco, e que exija remoção inter-hospitalar (“Evento”), a Central de Assistência 24 horas organizará a transferência do segurado para o centro médico-hospitalar mais próximo do hospital onde este está sendo atendido e que tenha condições técnicas e estruturais para o seu atendimento, **até o limite de R\$ 10.000 (dez mil reais) para os segurados inscritos nos planos Nacional nos demais países internacionais e para os segurados inscritos nos planos Nacional Plus e Premium até o limite de € 50.000,00 (cinquenta mil euros) quando em viagem por países signatários do Tratado de Schengen e até US\$ 20.000,00 (vinte mil dólares), nos demais países internacionais.**
Este Serviço está limitado a 01(um) acionamento por viagem.

1.1.2. Organização de Repatriação Sanitária - Caso o Segurado, após ter recebido Alta Hospitalar decorrente dos Serviços previstos no item 3.1 das Condições Gerais do Seguro Viagem Bradesco, não se encontre em condições de retornar ao seu Domicílio como passageiro regular, segundo critérios médicos (“Evento”), a Central de Assistência 24 horas organizará o retorno deste (desde que o procedimento seja efetuado integralmente pela Central de Assistência) por meio de transporte adequado. Este Serviço inclui a organização da viagem de retorno ao Domicílio do Usuário, com coordenação no embarque e na chegada, com a infraestrutura necessária: (1) adequação do meio de transporte eleito, através de complementação tecnológica da aparelhagem médica necessária, (2) acompanhamento médico e/ou de enfermeira, e/ou acompanhante previamente autorizado pela Central de Assistência, ambulâncias, e UTI móvel terrestre se necessário, **até o limite de R\$ 10.000 (dez mil reais) para os segurados inscritos nos planos Nacional e para os segurados inscritos nos planos Nacional Plus e Premium até o limite de US\$ 10.000,00 (dez mil dólares) nos demais países internacionais.**

Esta assistência não abrange a utilização de avião UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

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

1.1.3. Localização e Envio de Bagagem Extraviada - Em caso de extravio de bagagem do Segurado, dentro dos limites da área de responsabilidade da companhia transportadora,

a empresa prestadora de serviços prestará a assessoria necessária para a denúncia do fato junto aos responsáveis, as providências de busca, bem como o envio da bagagem até onde se encontre o segurado ou à sua residência permanente.

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

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

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

1.1.5. Garantia de Regresso - Em situações em que o segurado for obrigado a prorrogar o período de sua ausência em seu domicílio por motivo de Acidente Pessoal ou Doença Súbita e Aguda que exigiram internação hospitalar, ou antecipar o regresso ao seu país de Domicílio, em razão de Acidente Pessoal ou Doença Súbita e Aguda do próprio segurado ("Evento"), a Assistência 24 Horas remarcará a data da passagem destinada ao local de retorno originalmente previsto.

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

1.1.6. Organização de Repatriação Funerária - Em caso de falecimento do segurado durante a viagem assistida em decorrência de Evento coberto ("Evento"), a Central de Assistência 24 horas providenciará as formalidades administrativas necessárias para a liberação e o traslado do corpo e transporte deste até o Município de Domicílio do segurado no Brasil (ou distância equivalente indicada pelo representante legal do Usuário). As despesas de funeral, sepultamento, cremação, exumação e de cerimônia, assim como os custos adicionais em função do tipo de urna funerária não estão incluídas e correrão por conta da família do segurado ou seu representante. Este serviço somente poderá ser prestado a partir do momento em que o corpo do Usuário falecido se encontrar liberado pelas autoridades policiais e competentes e desde que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial ou judicial que impeça a sua remoção do local do Evento para a cidade de seu Domicílio, **até o limite de US\$ 10.000,00 (dez mil dólares) para os segurados inscritos nos planos Nacional, Nacional Plus e Premium. Este Serviço está limitado a 01(um) acionamento por viagem.**

1.2. EXCLUSIVAMENTE NO EXTERIOR

1.2.1. Organização de Atendimento Médico e Hospitalar por Acidente ou Doenças, incluindo cobertura para Covid-19.

Caso o segurado encontre-se em situação emergencial, ou seja, em situação crítica, incidental e imprevista, com ocorrência de perigo, em decorrência, exclusivamente, de Acidente Pessoal ou Doença Súbita e Aguda e que exija intervenção médica ou cirúrgica de imediato ("Evento"), a Central de Assistência organizará os serviços médicos, desde que o segurado tenha solicitado a prévia intermediação da Central de Assistência. Esta assistência não inclui prestação de serviços para acidentes decorrentes da prática de esportes de risco, tais como, mas não limitados à: alpinismo, caça, mergulho, pesca marítima, espeleologia, esqui na neve e aquático, esportes praticados com veículos aéreos, terrestres e aquáticos e seus respectivos treinos preparatórios. Excepcionalmente, nos casos de Acidente Pessoal que ensejar risco potencial de morte, sendo necessário que a assistência seja efetuada dentro de um prazo muito exíguo, que impossibilite o acionamento prévio da Central de Assistência, em que o segurado recorrer a médicos e serviços não indicados previamente pela Central de Assistência, este poderá solicitar o ressarcimento junto a Seguradora contratada.

Este Serviço será prestado para os segurados inscritos no plano Nacional **até o limite de € 30.000,00** (trinta mil euros), quando em viagem por países signatários do Tratado de Schengen; e até US\$ 10.000,00 (dez mil dólares), nos demais países internacionais. Para os segurados inscritos nos planos Nacional Plus e Premium, até o limite de € 50.000,00 (cinquenta mil euros), quando em viagem por países signatários do Tratado de Schengen; e até US\$ 20.000,00 (vinte mil dólares) nos demais países internacionais.

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

1.2.2. Despesa Odontológica Emergencial - Caso o segurado encontre-se em situação emergencial, ou seja, em situação crítica, incidental e imprevista, com ocorrência de perigo, em decorrência, exclusivamente, de dor, infecção ou trauma e que exija consulta com um dentista ("Evento"), a Central de **Assistência 24 horas** providenciará o agendamento da consulta.

Este Serviço será prestado até o limite de US\$ 500,00 (quinhentos dólares) (Europa e demais países internacionais), para os segurados inscritos no plano Nacional e para os segurados inscritos nos planos Nacional Plus e Premium até o limite de € 1.000,00 (mil euros) quando em viagem por países signatários do Tratado de Schengen; e até US\$ 1.000,00 (mil dólares), nos demais países internacionais.

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

1.2.3 Auxílio Pagamento de Fiança - Em caso de exigência de fiança judicial para a concessão de liberdade provisória do segurado ("Evento"), a **Assistência 24 Horas**

providenciará o adiantamento do valor para o pagamento da fiança.

Este Serviço será prestado somente em viagens internacionais e até o limite de US\$ 1.000,00 (mil dólares) por viagem assistida (países internacionais) para os segurados inscritos no plano Nacional, Nacional Plus e Premium.

1.2.4 Indicação Jurídica - Na hipótese de surgir um problema jurídico inesperado, relativamente a um acidente ocorrido no âmbito da vida pessoal do Segurado, a Assistência 24 Horas encaminhará o segurado à pelo menos um advogado, se houver no local, a ser contratado, ou diretamente pelo segurado ou através da Europ Assistance Brasil Serviços de Assistência S.A., se ele assim solicitar, para uma consulta.

A Assistência não se responsabiliza por instruções e/ou solicitação que não tenham sido solicitadas à Central de Assistência ou que tenha sido solicitada diretamente ou indiretamente pelo segurado ao estabelecimento fornecedor, tais como, antecipação, extensão ou realização do serviço, bem como por qualquer tipo de despesa proveniente das solicitações do Segurado. Este Serviço será prestado até o limite de US\$ 1.000,00 (mil dólares) e **está limitado a 01(um) acionamento por viagem assistida** (países internacionais), **para os segurados inscritos no plano Nacional, Nacional Plus e Premium.**

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

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

3. CONDIÇÕES PARA ACIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

3.1. A Assistência em Viagem poderá ser acionada, a critério exclusivo do Segurado, mesmo que o evento esteja também abrangido pelas coberturas oferecidas pelo Seguro Viagem Bradesco.

3.2. A Assistência em Viagem será prestada em todas as viagens feitas pelo segurado durante o período de vigência, conforme previsto no item "Vigência e Cancelamento", deste documento, **desde que, na data do evento, ele não esteja afastado de sua**

residência permanente por período superior a 90 (noventa) dias, em uma mesma viagem.

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

3.4. Os Serviços de Assistência serão prestados de acordo com a infraestrutura do local da ocorrência, consideradas, ainda, as leis e costumes do país ou do local do evento, a natureza do risco e a urgência requerida no atendimento.

3.5. O acionamento dos Serviços de Assistência dar-se-á através de contato telefônico com a Central de Assistência 24 horas, que adotará as providências necessárias para prestação dos serviços previstos no item 1.

3.6. Diante de uma situação que envolva risco de vida, o Segurado, ou seu representante, providenciará remoção de emergência para hospital próximo do local da ocorrência, pelos meios mais apropriados e imediatos e deverá, tão logo possível, contatar a Central de Assistência 24 horas, a fim de prestar informações necessárias.

4. VIGENCIA E CANCELAMENTO DAS ASSISTÊNCIAS

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

4.2. A Bradesco Saúde poderá rever e modificar, a qualquer momento, as condições dos serviços previstos neste contrato, e até mesmo descontinuar a sua garantia, sem prévio aviso ao Estipulante.

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

Guia de Leitura Contratual

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	4
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	4
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	Atributos
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	Atributos
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	15
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	28
DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças ou lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	31

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o segurado não tem direito à cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, esse período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o segurado terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	30
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	70
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	59
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	59
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do segurado.	64 a 69
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI N° 9.656/98)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	78

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

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa - RN nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



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

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



Operadora: Bradesco Saúde S/A

CNPJ: 92.693.118/0001-60

ANS: 005711

Nº de registro do produto: vide página 104

Site: www.bradescosauade.com.br

Central de Relacionamento com o Cliente (CRC): 4004 2700

(Capitais e Regiões Metropolitanas) e 0800 701 2700 (Demais Localidades)

Nº de registro do Produto

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

Registro ANS	Nome Comercial na ANS	Padrão de Acomodação	Fator Moderador
497467231	Bradesco Saúde 1+ E CE R3	Enfermaria	-
497466232	Bradesco Saúde 1+ E CE copart R3	Enfermaria	Coparticipação
497468239	Bradesco Saúde 1+ Q CE R3	Quarto	-
497464236	Bradesco Saúde 1+ Q CE copart R3	Quarto	Coparticipação
497470231	Bradesco Saúde Efetivo IV E CE R3	Enfermaria	-
497469237	Bradesco Saúde Efetivo IV E CE copart R3	Enfermaria	Coparticipação
497471239	Bradesco Saúde Efetivo IV Q CE R3	Quarto	-
445621031	Bradesco Saúde Top NPlus Q CE copart B	Quarto	Coparticipação
441999035	Bradesco Saúde Top NPlus Q CE A	Quarto	-
484494197	Bradesco Saúde Top NPlusGA Q CE copart	Quarto	Coparticipação
484493199	Bradesco Saúde Top NPlusGA Q CE	Quarto	-
492515227	Bradesco Saúde NPlusGA Q CE B	Quarto	-
492518221	Bradesco Saúde NPlusGA Q CE copart B	Quarto	Coparticipação
465463113	Bradesco Saúde Premium Q CE A	Quarto	-
479275171	Bradesco Saúde Premium Q CE copart	Quarto	-
492516225	Bradesco Saúde Premium Q CE C	Quarto	-
492517223	Bradesco Saúde Premium Q CE copart B	Quarto	Coparticipação
497463238	Bradesco Saúde Efetivo IV Q CE copart R3	Quarto	Coparticipação
497473235	Bradesco Saúde Ideal E CE R3	Enfermaria	-
497472237	Bradesco Saúde Ideal E CE copart R3	Enfermaria	Coparticipação
497475231	Bradesco Saúde Ideal Q CE R3	Quarto	-
497474233	Bradesco Saúde Ideal Q CE copart R3	Quarto	Coparticipação
497477238	Bradesco Saúde Nacional Flex E CE R3	Enfermaria	-
497476230	Bradesco Saúde Nacional Flex E CE copart R3	Enfermaria	Coparticipação
497479234	Bradesco Saúde Nacional Flex Q CE R3	Quarto	-
497478236	Bradesco Saúde Nacional Flex Q CE copart R3	Quarto	Coparticipação
497481236	Bradesco Saúde Nacional II E CE R3	Enfermaria	-
497480238	Bradesco Saúde Nacional II E CE copart R3	Enfermaria	Coparticipação
497485239	Bradesco Saúde Nacional II Q CE R3	Quarto	-
497484231	Bradesco Saúde Nacional II Q CE copart R3	Quarto	Coparticipação
497483232	Bradesco Saúde Nacional II Q CE R3 A	Quarto	-
497482234	Bradesco Saúde Nacional II Q CE copart R3 A	Quarto	Coparticipação
502643251	Bradesco Saúde Nacional III Q CE R3 A	Quarto	-

502644250	Bradesco Saúde Nacional III Q CE copart R3 A	Quarto	Coparticipação
502645258	Bradesco Saúde Nacional III Q CE R3	Quarto	-
502646256	Bradesco Saúde Nacional III Q CE copart R3	Quarto	Coparticipação
503626257	Bradesco Saúde Regional Goiás E CE copart R3	Enfermaria	Coparticipação
503627255	Bradesco Saúde Regional Goiás Q CE copart R3	Quarto	Coparticipação
497550232	Bradesco Saúde 1+ E CE R1	Enfermaria	-
497529234	Bradesco Saúde 1+ E CE copart R1	Enfermaria	Coparticipação
497548231	Bradesco Saúde 1+ Q CE R1	Quarto	-
497549239	Bradesco Saúde 1+ Q CE copart R1	Quarto	Coparticipação
497539231	Bradesco Saúde Efetivo IV E CE R1	Enfermaria	-
497540235	Bradesco Saúde Efetivo IV E CE copart R1	Enfermaria	Coparticipação
497537235	Bradesco Saúde Efetivo IV Q CE R1	Quarto	-
497541233	Bradesco Saúde Efetivo IV Q CE copart R1	Quarto	Coparticipação
497542231	Bradesco Saúde Ideal E CE R1	Enfermaria	-
497543230	Bradesco Saúde Ideal E CE copart R1	Enfermaria	Coparticipação
497544238	Bradesco Saúde Ideal Q CE R1	Quarto	-
497547232	Bradesco Saúde Ideal Q CE copart R1	Quarto	Coparticipação
497536237	Bradesco Saúde Nacional Flex E CE R1	Enfermaria	-
497538233	Bradesco Saúde Nacional Flex E CE copart R1	Enfermaria	Coparticipação
497532234	Bradesco Saúde Nacional Flex Q CE R1	Quarto	-
497533232	Bradesco Saúde Nacional Flex Q CE copart R1	Quarto	Coparticipação
497531236	Bradesco Saúde Nacional II E CE R1	Enfermaria	-
497535239	Bradesco Saúde Nacional II E CE copart R1	Enfermaria	Coparticipação
497528236	Bradesco Saúde Nacional II Q CE R1	Quarto	-
497551231	Bradesco Saúde Nacional II Q CE copart R1	Quarto	Coparticipação
497530238	Bradesco Saúde Nacional II Q CE R1 A	Quarto	-
497534231	Bradesco Saúde Nacional II Q CE copart R1 A	Quarto	Coparticipação
502648252	Bradesco Saúde Nacional III Q CE R1 A	Quarto	-
502649251	Bradesco Saúde Nacional III Q CE copart R1 A	Quarto	Coparticipação
502650254	Bradesco Saúde Nacional III Q CE R1	Quarto	-
502651252	Bradesco Saúde Nacional III Q CE copart R1	Quarto	Coparticipação



bradesco
saúde

Com Você. Sempre.