



Bradesco
Dental

Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Odontológica Bradesco Dental – Coletivo Empresarial Adesão

V5-04.2009 1ª via Estipulante, 2ª via Sucursal e 3ª via Matriz Bradesco.

1

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

ANS - nº 000051



**Seguro de Reembolso de Despesas de
Assistência Odontológica
Bradesco Dental – Coletivo Empresarial Adesão**

Condições Gerais

1. OBJETO DO SEGURO	3
2. DEFINIÇÕES.....	3
3. COBERTURAS DO SEGURO	8
4. DESPESAS NÃO COBERTAS	16
5. CARÊNCIA.....	17
6. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO	17
7. REEMBOLSO	18
8. FATOR DE REEMBOLSO DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS (FRn)	19
9. CO-PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO (FATOR MODERADOR).....	19
10. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	19
11. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	20
12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	21
13. CANCELAMENTO DA APÓLICE DE SEGURO	22
14. REAJUSTE FINANCEIRO DO PRÊMIO	23
15. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE	24
16. AUDITORIA ODONTOLÓGICA	25
17. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA ODONTOLÓGICA.....	25
18. CUSTEIO DO SEGURO	25
19. ALTERAÇÃO DE CONTRATO	27
20. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	28



**Seguro de Reembolso de Despesas de
Assistência Odontológica
Bradesco Dental - Coletivo Empresarial Adesão**

Número de Registro da Bradesco Dental S.A. na ANS: 00005-1
Tipo de Segmentação: Odontológico
Regime de Contratação: Coletivo por Adesão
Tipo de vínculo do beneficiário: Com vínculo empregatício ativo e inativo
Formação do preço: Preestabelecido
Abrangência: Nacional

Apólice nº 92604

Estipulante: SOCIEDADE BRASILEIRA DE FÍSICA

Condições Gerais

1. OBJETO DO SEGURO

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

Alternativamente ao regime de reembolso e objetivando facilitar a utilização deste seguro, a *seguradora* disponibilizará uma lista de profissionais e instituições referenciados que, por opção dos *segurados*, poderá ser utilizada, sendo o pagamento das despesas cobertas efetuado diretamente pela *seguradora*, ao prestador de serviços referenciado, por conta e ordem do *segurado*.

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

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal

É todo evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão odontológica, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, que torne necessário o atendimento odontológico do *segurado* em regime ambulatorial.



2.2. Adesão Espontânea ou Opcional

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

2.3. Apólice de Seguro

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

2.4. Carência

É o tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir do início de vigência do segurado, durante o qual o segurado não goza do direito às coberturas que estejam sujeitas a carência no padrão de seguro contratado.

2.5. Cartão de Identificação Bradesco Dental

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

2.6. Cartão Proposta

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

A critério do estipulante, e mediante a concordância da seguradora, as informações poderão ser transmitidas por meio de arquivo magnético, sem prejuízo do disposto nos parágrafos seguintes deste item.

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

É fundamental que todas as informações sobre o segurado titular e de seus dependentes, bem como do grupo segurável a que pertencem, sejam perfeitamente corretas, ficando os mesmos sujeitos às sanções legais, nos casos de dolo, de conformidade com o art. 766 do Código Civil Brasileiro.

2.7. Certificado de Seguro

É o documento em que a *seguradora* confirma a aceitação do seguro para cada segurado titular e seus dependentes, dentre os proponentes indicados no cartão





proposta. O certificado é encaminhado ao *segurado* titular, por intermédio do *estipulante*.

2.8. Co-participação (Fator Moderador)

É a participação financeira do *segurado*, resultante do percentual aplicado sobre os custos dos procedimentos descritos na cláusula 9 destas Condições Gerais.

2.9. Coberturas

2.9.1. Cobertura Básica

São os procedimentos descritos no item 3.1. e que estão garantidas pela apólice, conforme o Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações.

2.9.2. Coberturas Adicionais

São os procedimentos descritos nos itens 3.2. a 3.6. e que excedem o Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo garantidos mediante pagamento do respectivo prêmio e desde que respeitadas as demais condições contratuais, conforme opção do *estipulante*.

2.10. Corretor

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

2.11. Estipulante

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

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

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

2.12. Evento

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

2.13. Grupo Segurável



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

- a) o grupo segurável deve ser constituído por, no mínimo, 50 (cinquenta) pessoas dentre as que se enquadrem na definição do subitem 2.13.1. destas Condições Gerais, assim considerados os proponentes a segurados titulares e respectivos dependentes;
- b) o grupo segurável deve estar devidamente caracterizado na proposta de seguro;
- c) não será admitida a inclusão de qualquer pessoa, como titular ou dependente, que não faça parte do grupo segurável definido na proposta de seguro; e
- d) estarão habilitados à inclusão no grupo segurável todos os proponentes a segurados titulares, inclusive os que estiverem afastados de suas atividades profissionais junto ao *estipulante*, quando do preenchimento da proposta de seguro.

2.13.2. Situação particular e especial do Grupo Segurável:

A *seguradora*, conforme os seus critérios de aceitação, e mediante análise prévia, poderá aceitar como grupo segurável o conjunto de pessoas que mantém vínculo de natureza empregatícia, societária ou estatutária devidamente comprovado com o mesmo estipulante, bem como seus dependentes. Fica a exclusivo critério da *seguradora* a análise e aceitação de conjunto que se enquadre nesta situação, obedecidas todas as regras de constituição e inclusão definidas no subitem 2.13.1 e na cláusula 10.

2.14. Inclusão de Segurado

É a aceitação formal, pela *seguradora*, do proponente e de seus dependentes, cujas características permitam identificá-los perfeitamente como pertencentes ao grupo segurável. Esta aceitação terá por base as informações fornecidas pelo *estipulante* e pelo segurado, e será caracterizada pela emissão do certificado de seguro.

2.15. Limite de Reembolso

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

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

2.16. Lista de Referência

É a relação de prestadores de serviços odontológicos, das mais variadas especialidades



(cirurgiões-dentistas e clínicas), que integram a Rede Referenciada Bradesco Dental, colocada à disposição do *estipulante*, que a fará chegar aos titulares do grupo *segurado* e que também poderá ser consultada pela Internet, no site www.bradescodental.com.br

2.17. Prazo de Garantia

É o período, a partir da data de ocorrência de um evento que, para a sua reexecução em prazo inferior aos descritos abaixo, será necessária a apresentação de justificativa técnica por parte do profissional responsável por esse atendimento e a análise da seguradora, em razão de sua característica clínica.

- Consultas – 6 meses
- Prevenção – 6 meses
- Periodontia – 24 meses
- Radiologia – 24 meses
- Dentística – 36 meses
- Prótese – 60 meses
- Cirurgia, Endodontia e Ortodontia – único.

O Prazo de Garantia Único refere-se aos tratamentos em que o prazo de garantia é a vigência do contrato

2.18. Planos

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

2.19. Prêmio de Seguro

É a quantia que o *estipulante* se obriga a pagar à *seguradora*, mensal e antecipadamente, para que os *segurados* tenham direito às coberturas previstas no plano contratado.

2.20. Proposta de Seguro

É o documento formal e legal a ser preenchido pelo estipulante e entregue à seguradora, juntamente com os cartões-propostas do grupo segurável, parte integrante da apólice contratada. Se incompletas ou inexatas as declarações assinadas ou visadas pelo estipulante, ou por seu representante legal, assim influenciando na taxa do prêmio ou aceitação do risco, ocorrerá o cancelamento da apólice, conforme mencionado no item 13.1 destas Condições Gerais. A proposta é parte integrante do contrato.

2.21. Rede Referenciada Bradesco Dental



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

2.22. Segurados

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

2.23. Segurado Dependente

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

2.24. Segurado Titular

Como *segurado* titular poderão ser incluídas as pessoas que tenham relação com o *estipulante*, especificamente os sócios com poderes de gestão, os diretores estatutários, os diretores com vínculo empregatício comprovado e os empregados, sem qualquer impedimento em razão de sua idade ou condição de portador de deficiência.

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

2.25. Seguradora

É a Bradesco Dental S/A., seguradora especializada em saúde, com sede na cidade do Rio de Janeiro, à Rua Barão de Itapagipe, nº 225, parte – Rio Comprido, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.261-901, inscrita no CNPJ sob o nº 09.060.348/0001-49 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o número 00005-1, e que assume os riscos inerentes às coberturas deste seguro, nos termos destas Condições Gerais.

2.26. Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Bradesco Dental

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

3. COBERTURAS DO SEGURO

Está coberto por este seguro o conjunto de procedimentos odontológicos de acordo com



o plano escolhido pelo *estipulante*, à população a ele delimitada e vinculada, conforme previsto no art. 3º da Resolução CONSU nº 14, de 04.11.1998, tendo em vista tratar-se de seguro de contratação coletivo empresarial.

3.1. Plano Essencial – registro na ANS 455.202.064

Este plano compreende as coberturas do Rol de Procedimentos Odontológicos vigente e suas atualizações.

- **Diagnóstico**
 - Consulta inicial
 - Exame histopatológico

- **Urgência/Emergência:**
 - curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial;
 - curativo em caso de odontalgia aguda /pulpectomia/necrose;
 - imobilização dentária temporária;
 - recimentação de peça protética;
 - tratamento de alveolite;
 - colagem de fragmentos;
 - incisão e drenagem de abscesso extra oral;
 - incisão e drenagem de abscesso intra-oral; e
 - reimplante de dente avulsionado.

- **Radiologia**
 - radiografia periapical;
 - radiografia bite-wing; e
 - Radiografia oclusal.

- **Prevenção em Saúde Bucal**
 - atividade educativa;
 - evidenciação de placa bacteriana;



- aplicação tópica profissional de flúor (fluoterapia);
- aplicação de selante; e
- profilaxia - polimento coronário.

▪ **Dentística**

- aplicação de cariostático;
- adequação do meio bucal;
- restauração de 1 (uma) face;
- restauração de 2 (duas) faces;
- restauração de 3 (três) faces;
- restauração de 4 (quatro) faces ou faceta direta;
- restauração de ângulo;
- restauração a pino;
- restauração de superfície radicular;
- núcleo de preenchimento; e
- ajuste oclusal.

▪ **Periodontia**

- raspagem supra-gengival e polimento coronário;
- raspagem, sub-gengival alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal;
- Imobilização dentária temporária ou permanente;
- gengivectomia /gengivoplastia;
- aumento de coroa clínica;
- cunha distal;
- cirurgia periodontal à retalho; e
- sepultamento radicular.

▪ **Endodontia**

- capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;



- pulpotomia;
- remoção de núcleo intrarradicular/corpo estranho;
- tratamento endodôntico em dentes permanentes com 01 (um) conduto;
- tratamento endodôntico em dentes permanentes com 02 (dois) condutos;
- tratamento endodôntico em dentes permanentes com 03 (três) condutos;
- tratamento endodôntico em dentes permanentes com 04 (quatro) condutos ou mais;
- retratamento endodôntico de dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares;
- tratamento endodôntico em dentes decíduos;
- tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta; e
- tratamento de perfuração radicular.

▪ **Cirurgia**

- alveoloplastia;
- apicectomia unirradicular;
- apicectomia birradicular;
- apicectomia trirradicular;
- apicectomia unirradicular com obturação retrógrada;
- apicectomia birradicular com obturação retrógrada;
- apicectomia trirradicular com obturação retrógrada;
- biópsia;
- cirurgia de tórus bilateral;
- correção de bridas musculares;
- excisão de mucocele;
- excisão de rânula;
- exodontia a retalho;
- exodontia de raiz residual;
- exodontia simples;



Bradesco

Dental

- exodontia de dente decíduo;
- redução cruenta (fratura alvéolo-dentária);
- redução incruenta (fratura alvéolo-dentária);
- frenectomia labial;
- frenectomia lingual;
- remoção de dentes retidos (inclusos ou impactados);
- sulcoplastia;
- ulectomia;
- ulotomia; e
- hemissecção com ou sem amputação radicular.

3.2. Plano Essencial Plus – registro na ANS 455.734.074

Este plano garante o direito às coberturas do Plano Essencial, previstas no item 3.1. desta cláusula, além das adicionais adiante relacionadas e que não estão previstas na Lei nº 9.656/98 nem no Rol de Procedimentos Odontológicos.

▪ Cirurgia

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

▪ Dentística

- Dessensibilização dentinária por arcada;
- Faceta estética para dentes anteriores; e



- Restauração de ionômero de vidro.

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

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

- **Prevenção**
 - Remineralização de esmalte.

- **Periodontia**
 - Rizectomia;
 - Tratamento de abscesso periodontal;
 - Enxerto pediculado ou retalho deslizante; e
 - Manutenção periodontal.

- **Endodontia**
 - Clareamento de dentes não vitais (interno); e
 - Curetagem apical.

3.3. Plano Essencial Top – registro na ANS 455.717.074

Este plano garante o direito às coberturas previstas no item 3.1. desta cláusula, além das coberturas adicionais do Plano Essencial Plus e das que estão adiante relacionadas, que não estão previstas na Lei nº 9.656/98 nem no Rol de Procedimentos Odontológicos.



- **Radiologia**
 - Telerradiografia com 1 traçado;
 - Traçado Cefalométrico adicional; e
 - Rx de mãos e punhos.

- **Ortodontia**
 - Documentação ortodôntica padrão;
 - Documentação ortodôntica especial;
 - Documentação ortodôntica de controle;
 - Tratamento ortodôntico preventivo, interceptativo, ortopédico e corretivo;
 - Mensalidade ortodôntica – aparelho fixo;
 - Mensalidade ortodôntica – aparelho móvel;
 - Mensalidade ortopédica;
 - Manutenção trimestral – aparelho preventivo;
 - Contenção trimestral;
 - Prorrogação aparelho fixo/ortopédico;
 - Prorrogação aparelho móvel/preventivo; e
 - Mensalidade ortodôntica devida.

3.4. Plano Premium – registro na ANS 455.736.071

Este plano garante o direito às coberturas previstas no item 3.1. desta cláusula, além das coberturas adicionais do Plano Essencial Plus e das que estão adiante relacionadas, que não estão previstas na Lei nº 9.656/98 nem no Rol de Procedimentos Odontológicos.

- **Prótese**
 - Prótese parcial removível provisória;
 - Prótese total imediata;
 - Prótese total;
 - Prótese total dupla;
 - Reembasamento;
 - Conserto de prótese em laboratório;
 - Conserto de prótese em consultório;



- Prótese parcial removível a grampo unilateral;
- Prótese parcial removível a grampo bilateral;
- Jaqueta em resina;
- Núcleos metálicos, pré-fabricado ou fibra de vidro; e
- Coroa provisória.

3.5. Plano Premium Plus – registro na ANS 455.735.072

Este plano garante o direito às coberturas previstas no item 3.1. desta cláusula, além das coberturas adicionais do Plano Premium e das que estão adiante relacionadas, que não estão previstas na Lei nº 9.656/98 nem no Rol de Procedimentos Odontológicos.

- **Prótese**
 - Coroa veener (metalo-plástica);
 - Coroa total metálica;
 - Coroa 3/4 e 4/5;
 - Restauração metálica fundida;
 - Inlay/Onlay em cerômero; e
 - Coroa total em cerômero.

- **Radiologia**
 - Telerradiografia com 1 traçado;
 - Traçado Cefalométrico adicional; e
 - Rx de mãos e punhos.

- **Ortodontia**
 - Documentação ortodôntica padrão;
 - Documentação ortodôntica especial; e
 - Documentação ortodôntica de controle.

3.6. Plano Premium Top – registro na ANS 455.738.077

Este plano garante o direito às coberturas previstas no item 3.1. desta cláusula, além das coberturas adicionais do Plano Premium Plus e das que estão adiante relacionadas, que não estão previstas na Lei nº 9.656/98 nem no Rol de Procedimentos Odontológicos.



▪ **Prótese**

- Elemento de prótese fixa metalo-plástica;
- Remoção de trabalhos protéticos;
- Elemento de prótese-fixa metalo-cerâmica;
- Coroa metalo-cerâmica;
- Modelos de estudo (superior e inferior);
- Prótese adesiva metalo-cerâmica de 3 elementos;
- Coroa em cerâmica pura (dentes anteriores);
- Faceta laminada em cerômero;
- Faceta laminada em cerâmica;
- Elemento de prótese fixa em cerômero (até 3 elementos);
- Inlay/Onlay em cerâmica;
- Moldeira de clareamento; e
- Placa de mordida miorreaxante.

▪ **Ortodontia**

- Tratamento ortodôntico preventivo, interceptativo, ortopédico e corretivo;
- Mensalidade ortodôntica – aparelho fixo;
- Mensalidade ortodôntica – aparelho móvel;
- Mensalidade ortopédica;
- Manutenção trimestral – aparelho preventivo;
- Contenção trimestral;
- Prorrogação aparelho fixo/ortopédico;
- Prorrogação aparelho móvel/preventivo; e
- Mensalidade ortodôntica devida.

4. DESPESAS NÃO COBERTAS

Estão excluídas da cobertura deste seguro as despesas decorrentes de:

- a) tratamentos odontológicos não previstos nas coberturas do plano contratado, exceto se forem incluídos posteriormente no Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela ANS e suas atualizações ou se forem contratados como coberturas adicionais;
- b) tratamentos odontológicos que exijam internação hospitalar, incluindo cirurgia



- oral maior, e traumatologia bucomaxilofacial;
- c) despesas com internação hospitalar clínica ou cirúrgica para tratamentos odontológicos, mesmo que a causa seja acidente pessoal;
- d) implantes, prótese sobre implante e transplantes de qualquer natureza;
- e) tratamentos com finalidade exclusivamente estética;
- f) tratamentos odontológicos realizados em data anterior ou posterior ao período de vigência do seguro;
- g) exames laboratoriais de qualquer natureza, exceto o histopatológico; e
- h) tratamento odontológico experimental, ou que não seja reconhecido pelo Conselho Federal de Odontologia.

5. CARÊNCIA

As coberturas garantidas por este seguro somente terão efeito após o término dos prazos adiante relacionados, contados a partir do início de vigência do segurado na apólice:

- Consultas e urgência/emergência – isento;
- Coberturas básicas – 90 (noventa) dias; e
- Prótese e ortodontia, se contratadas estas coberturas – 180 (cento e oitenta dias).

5.1. A inclusão ocorrerá sem a necessidade do cumprimento de carências desde que seja solicitada no prazo previamente conhecido pelo estipulante e que estará definido na proposta de seguro.

6. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

6.1. Atendimento na Rede Referenciada Bradesco Dental

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

6.1.1. No atendimento através da Rede Referenciada da Bradesco Dental, alguns procedimentos cobertos estão sujeitos à autorização prévia, conforme previsto no item 2.26 destas Condições Gerais. Neste caso, o profissional referenciado solicitará diretamente à Bradesco Dental a liberação de uma senha odontológica, antes da realização de qualquer desses procedimentos.

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

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



contratado.

6.2. Atendimento de Livre Escolha

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

6.2.2. O reembolso ocorrerá de acordo com os limites do plano contratado, desde que devidamente caracterizada a cobertura e obedecidos os prazos limites para apresentação de documentos para solicitação reembolso, conforme descrito na cláusula 7.

7. REEMBOLSO

Reembolso, no limite das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, inclusive em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos prestadores de serviço integrantes da Rede Referenciada Bradesco Dental, de acordo com a relação de preços de serviços praticados e constantes na Tabela de Serviços Odontológicos, (TSO), da Bradesco Dental, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação original adequada, relacionada nos subitens 7.1.1 a 7.1.3.

7.1. No caso de dúvida fundada e justificável, esse prazo será suspenso se a *seguradora* verificar que a documentação recebida é insuficiente para efetuar o reembolso, hipótese em que poderá solicitar novos documentos. A contagem voltará a correr na data em que for protocolada a entrega da documentação completa e/ou do laudo do exame solicitado.

Em caso de mora da *seguradora*, caracterizada pelo não-pagamento da indenização devida após o decurso do prazo definido, incidirão sobre o seu valor juros de mora à taxa de 12% (doze por cento) ao ano, calculado em base *pro rata* dia, e considerando o ano de 360 (trezentos e sessenta) dias, mais a atualização monetária calculada com base na variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPC-A), a partir do mês do fato gerador da atualização até o do efetivo pagamento, adotando-se, como aplicável, a variação do IPC-A referente ao segundo mês anterior a cada mês considerado para efeito de atualização.

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

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

7.1.3 Radiografias iniciais e/ou finais, conforme descrito na Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Bradesco Dental (TSO), apresentada no verso do relatório "Discriminação de Serviços Odontológicos".



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

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

7.4. 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. FATOR DE REEMBOLSO DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS (FRn)

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

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

9. CO-PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO (FATOR MODERADOR)

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

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

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

10. ACEITAÇÃO DO SEGURO

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

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

10.2.1. Na hipótese de escolha de planos diferentes, estes terão de ser estabelecidos





em decorrência de comprovada igualdade ou similaridade de salário, cargo ou função.

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

10.4. O *estipulante* e o segurado assumem a responsabilidade por todas as informações prestadas na proposta e nos cartões-propostas, cientes do que dispõe a cláusula 13 destas Condições Gerais.

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

10.6. Na contratação por adesão espontânea ou opcional, para aceitação do seguro deverá ser atingido um percentual mínimo de 30% (trinta por cento) da totalidade dos componentes do grupo segurável.

11. PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

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

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

- até 18 anos;
- de 19 a 23 anos;
- de 24 a 28 anos;
- de 29 a 33 anos;
- de 34 a 38 anos;
- 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, por cada padrão de seguro; e

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

11.1. O pagamento do prêmio será mensal e deverá ser efetuado no primeiro dia do



mês, ou no primeiro dia útil em que houver expediente bancário, caso no primeiro dia útil não haja expediente bancário.

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

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

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

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

11.3. As inclusões ou exclusões dos *segurados*, para efeito de faturamento, serão computadas no mês subsequente ao da entrega comprovada da comunicação, por escrito, à *seguradora*, cobrando-se ou devolvendo-se o prêmio relativo respectivamente às inclusões ou exclusões de meses anteriores ao faturado.

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

12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

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

12.2. O início da cobertura, para os segurados titulares e respectivos dependentes que ingressem no grupo segurável após a data do início desta apólice coincidirá com a data do ingresso.

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



12.3. A vigência do seguro será de 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura da proposta pelo estipulante, e desde que ratificada pela seguradora.

12.4. Este seguro será renovado automaticamente, por períodos anuais, caso não haja manifestação contrária de qualquer das partes, por escrito, e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término de sua renovação e não caberá a cobrança de taxas ou qualquer valor, por este motivo.

13. CANCELAMENTO DA APÓLICE DE SEGURO

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

- a) quando o total de vidas seguradas for inferior a 50 (cinquenta);
- b) se alguma parcela for paga por meio de cheque sem fundos ou permanecer pendente de pagamento por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, a cada ano de vigência do seguro;
- c) fraude, tentativa de fraude, ou dolo, mediante comunicação escrita por parte da seguradora; e
- d) inobservância das obrigações convencionadas nestas Condições Gerais.

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

13.2. O certificado de seguro será cancelado:

- a) em caso de morte do segurado titular;
- b) em caso de o segurado deixar de pertencer ao conjunto de pessoas que mantém vínculo de natureza empregatícia, societária ou estatutária devidamente comprovado com o mesmo estipulante, 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) por inexatidão ou omissão, no preenchimento da proposta, que tenha influenciado na aceitação do grupo segurado; e
- d) em caso de o segurado dependente deixar de enquadrar-se na condição de segurado dependente definida no item 2.23 destas Condições Gerais.

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



13.4. Na hipótese de encerramento do seguro contratado, seja qual for o motivo, caberá ao estipulante:

- a) Assumir a responsabilidade por todos os custos decorrentes de sinistros, a partir da data de encerramento da apólice, bem como por penalidades ou multas, honorários, custas judiciais, juros, etc, em decorrência de qualquer medida judicial e/ou administrativa contra a BRADESCO DENTAL, que envolva os segurados desta apólice, obrigando-se a ressarcí-la, após a comunicação da respectiva ocorrência, de todos os valores que a BRADESCO DENTAL venha a despendar em razão de condenações judiciais ou administrativas decorrentes de ações propostas por quaisquer dos segurados;**
- b) Assumir a responsabilidade por todos os custos decorrentes de sinistros, penalidades ou multas, honorários, custas judiciais, juros oriundos das ações judiciais intentadas por segurados que por determinação judicial, venham a ser mantidos na qualidade de segurados da BRADESCO DENTAL, após o término de vigência da apólice; e**
- c) Reembolsar à BRADESCO DENTAL todos os valores que esta vier a reembolsar ao Sistema Único de Saúde, a título de Ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei 9.656/98 e que se refiram a atendimentos prestados aos segurados.**

14. REAJUSTE FINANCEIRO DO PRÊMIO

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

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

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

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

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



composição do grupo segurável.

15. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE

Independentemente do disposto na cláusula 14, anualmente, o prêmio de seguro será reajustado, em função da sinistralidade, com o objetivo de manutenção do equilíbrio técnico-atuarial desta apólice. O percentual apurado para o reajuste do prêmio será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, conforme previsto na Resolução Normativa RN nº 99, de 27.05.2005, em seu art. 7º, ou em ato normativo que vier a substituí-la.

15.1. Para efeito da reavaliação da apólice, os 2 (dois) primeiros meses de sinistros pagos e de prêmios cobrados serão ignorados.

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

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

15.2. As reavaliações serão efetuadas tomando-se por base as condições previstas nesta cláusula e obedecendo à fórmula a seguir:

$$I = \frac{SRI}{0,6 \times PPI}$$

Onde:

I = índice de correção para o prêmio vigente;

SRI = soma dos sinistros retidos, no período, da apólice reavaliada; e

PPI = soma dos prêmios pagos no período, da apólice reavaliada.

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

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

15.4. Nas apólices do Bradesco Dental com até 300 (trezentos) segurados, visando o equilíbrio técnico-atuarial da carteira, o prêmio de seguro será reajustado semestralmente em função da sinistralidade. O percentual apurado para o reajuste do prêmio será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, conforme previsto na Resolução Normativa RN nº 99, de 27.05.2005, em seu art. 7º, ou em ato normativo que vier a substituí-la.



que vier a substituí-la.

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

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

15.4.3. As apólices serão reajustadas por sinistralidade quando tiverem mais de 5 (cinco) meses de vigência, utilizando-se, para o cálculo do índice de reajuste do prêmio, a fórmula descrita no item 15.2.

16. AUDITORIA ODONTOLÓGICA

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

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

17. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA ODONTOLÓGICA

É garantido ao *segurado*, em situações de divergências odontológicas a respeito de autorização prévia, que eventual impasse seja dirimido através de junta constituída por um profissional solicitado ou nomeado pelo *segurado*, por um dentista indicado pela *seguradora* e por um terceiro, escolhido de comum acordo entre os dois profissionais nomeados, sendo a sua remuneração de responsabilidade da *seguradora*.

18. CUSTEIO DO SEGURO

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

18.1. Segurado não contributário

Nestes casos os componentes do grupo segurável não pagam qualquer prêmio, recaindo o ônus do seguro, totalmente, sobre o *estipulante*. O *segurado* não é considerado contributário quando houver a co-participação do *segurado*, única e exclusivamente no valor de procedimento, como fator moderador na utilização dos serviços de assistência odontológica.



18.2. Segurado contribuinte

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

18.2.1. Ao *segurado* contribuinte, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, pelo *estipulante*, sem justa causa, é assegurada a manutenção de sua condição de beneficiário, na apólice contratada pelo *estipulante*, e durante a sua vigência, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumam também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade do *estipulante*. O não-pagamento do prêmio, pelo motivo previsto na alínea "b" do item 13.1, destas Condições Gerais, ensejará o cancelamento do certificado de seguro.

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

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

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

18.2.2. Ao *segurado* contribuinte pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos que venha a ser aposentado, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, na apólice contratada pelo *estipulante*, e durante sua vigência, nas mesmas condições de cobertura de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumam também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade do *estipulante*. O não-pagamento do prêmio, pelo motivo previsto na alínea "b" do item 13.1, destas Condições Gerais, ensejará o cancelamento do certificado de seguro.

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

18.2.2.2. Para gozo do direito assegurado nos subitens 18.2.2 e 18.2.2.1, serão observadas as mesmas condições estabelecidas nos subitens 18.2.1.1, 18.2.1.2 e 18.2.1.3

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



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

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

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

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

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

- a) Para os aposentados ao término do prazo previsto no subitem 18.2.2.1;
- b) quando o ex-funcionário (demitido ou aposentado) for admitido em novo emprego;
- c) quando o ex-funcionário (demitido ou aposentado) deixar de pagar o prêmio por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, ou se alguma parcela do prêmio for paga por meio de cheque sem fundos.
- d) quando a apólice de seguro mantida pelo *estipulante* com a seguradora for cancelada; ou
- e) nas mesmas condições de cancelamento previstas na cláusula 13.

19. ALTERAÇÃO DE CONTRATO

19.1. É facultado ao *estipulante* solicitar à *seguradora*, mediante ajuste do prêmio, a mudança do plano que tenha contratado, desde que abrangendo todo o grupo segurável definido e delimitado pelo *estipulante*.

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

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





19.3.1. Se o novo plano oferecer mais coberturas de que o anterior, serão aplicáveis as carências previstas na cláusula 5. Carências, exclusivamente às coberturas que tiverem sido acrescidas.

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

20. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

20.5. Durante o período de vigência do seguro, será cobrado do estipulante uma taxa correspondente à emissão do Cartão de Identificação de cada segurado, conforme previsto na proposta. O valor correspondente a estas taxas será reajustado anualmente, no mês de aniversário da apólice, com a aplicação do Índice de Preços ao Consumidor - Amplo (IPC-A), da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE).

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

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

20.7. A seguradora, mediante expressa autorização do segurado/paciente, poderá consultar entidades de direito público e privado, pessoas físicas ou jurídicas, com o



objetivo de obter informações relacionadas com a saúde dos segurados.

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

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

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

Rio de Janeiro, 01 de julho de 2009.

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

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

52.444.700/0001-79

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FÍSICA
SBF

Rua do Matão, Trav. R. nº 187
Cid. Universitária
Butantã - CEP 05508-090
SÃO PAULO - SP

ASSINATURA DO ESTIPULANTE SOB CARIMBO

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FÍSICA - SBF

Celso Pinto de Melo

Presidente da SBF

Em caso de dúvidas referentes ao seguro contratado, entre em contato com a Central de Relacionamento com o Cliente pelo telefone 0800 701 2700.

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

Ouvidoria: 0800 701 7000.



Bradesco
Dental

**Seguro de Reembolso de Despesas de
Assistência Odontológica
Bradesco Dental - Coletivo Empresarial Adesão**

Aditivo nº 001

Apólice nº 92604

Estipulante: SOCIEDADE BRASILEIRA DE FÍSICA

Pelo presente Aditivo, fica acordado entre a Bradesco Dental S/A e o Estipulante acima mencionado, as seguintes alterações nas Condições Gerais da apólice:

1) Ficam alterados os itens 12.3 e 12.4, da Cláusula 12. Vigência e Renovação do Seguro, das Condições Gerais, que passa a vigorar com a seguinte redação:

“12.3. A vigência do seguro será de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da assinatura da proposta pelo estipulante e desde que ratificada pela seguradora”.

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

2) Fica alterado o subitem 13.1.1, da Cláusula 13. Cancelamento da Apólice de Seguro, das Condições Gerais, que passa a vigorar com a seguinte redação:

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

Todas as demais cláusulas não abrangidas por este aditivo continuam em pleno vigor.

Rio de Janeiro, 01 de julho de 2009.

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

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

52.444.700/0001-79

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FÍSICA ASSINATURA DO ESTIPULANTE SOB CARIMBO
SBF SOCIEDADE BRASILEIRA DE FÍSICA - SBF **Celso Pinto de Melo**

Rua do Maracanã, 209, R. nº 187 - 1ª Estipulante, 2ª via Sucursal e 3ª via Matriz Bradesco.
Cid. Universitária - Central de Relacionamento com o Cliente: 0800 701 2700 / Ouvidoria: 0800 701 7000
Butantã - CEP 05508-900 - Atendimento ao Cliente: 0800 727 9966 / CAS - Central de Atendimento ao Surdo: 0800 701 2708
SÃO PAULO - SP

ANS - nº 000051

G-2475 - Julho/2009
Cod. Mat. 26.894-1
Cod. Mat. 72.074-7 - Brad. Saúde

Este material é impresso em papel 100% reciclado.