

**SEGURO DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-
HOSPITALAR
BRADESCO SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO - PRÉ-PAGAMENTO**

Apólice Nº 5252

Estipulante: QUALICORP ADM. DE BENEFÍCIOS S.A.

CONDIÇÃO PARTICULAR Nº 001

Pela presente condição, fica acordado entre a Bradesco Saúde S.A. e o Estipulante acima mencionado que:

1. Ficam alterados/incluídos os itens/subitens adiante, na Cláusula 2 – Definições, das Condições Gerais:

“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 Contrato de Adesão. O certificado é encaminhado ao Segurado titular, por intermédio do Estipulante.”

“2.20. Grupo Segurável

É o conjunto de pessoas que mantém vínculo devidamente comprovado com o subestipulante, nos termos do art. 9º da Resolução Normativa RN nº 195 e suas atualizações.

Também poderão enquadrar-se neste grupo os dependentes destas pessoas, assim considerados aqueles definidos no subitem 2.34, alterado por esta Condição Particular e conforme Proposta de Seguro.

O ingresso do grupo familiar dependerá da participação e manutenção do Segurado titular no seguro.”

“2.23. Inclusão no Seguro

2.23.1. Opcional

É aquela em que não há obrigatoriedade de inclusão de todo o grupo segurável vinculado ao Subestipulante.”

“2.33. Segurado Titular

Como Segurado titular poderão ser incluídas as pessoas vinculadas ao subestipulante e cujo vínculo esteja perfeitamente caracterizado e comprovado, conforme previsto na definição de “Grupo Segurável”.”

“2.34. Segurado Dependente

Poderão ser Segurados Dependentes as pessoas adiante listadas, que, comprovadamente, mantenham as seguintes relações com o Segurado Titular, e desde que não conflitem com a legislação vigente à época da contratação:

- a) cônjuge;
- b) companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- c) filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados) com até 29 anos de idade;
- d) filhos inválidos, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da declaração de Imposto de Renda do Segurado titular.”

“2.37. Subestipulante

É a pessoa jurídica, dentre as adiante relacionadas, com legitimidade comprovada e que contrata o Estipulante para oferecimento do plano de assistência à saúde Coletivo por Adesão à população que com ela mantenha vínculo nos termos do art. 9º da Resolução Normativa nº 195:

I - conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;

II - sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;

III - associações profissionais legalmente constituídas;

IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;

V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da resolução em vigor; e

VI - demais Pessoas Jurídicas, desde que previstas na legislação.”

“2.38. Termo de Adesão

É o documento pelo qual se formaliza o ingresso do Subestipulante ao seguro.”

“2.39. Contrato de Adesão

É o contrato firmado pelo proponente a Segurado titular, solicitando sua aceitação na apólice. Deve ser devidamente preenchido com as informações pertinentes ao grupo familiar de cada um dos Segurados titulares a serem incluídos no seguro contratado.

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

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

É fundamental que as informações sobre a idade do Segurado titular e de seus dependentes sejam perfeitamente corretas, ficando o Estipulante sujeito às sanções legais nos casos de dolo, de conformidade com o art. 766 do Código Civil Brasileiro.”

2. A apólice é específica para segurados oriundos da Apólice nº 8270, que poderão ser incluídos sem cumprimento de carências, desde que o pedido seja formalizado em até 60 (sessenta) dias, a partir de 01/07/2019.

2.1. Não serão aceitas novas inclusões de segurados titulares, a partir de 01/09/2019. A inclusão de dependentes será assegurada mediante apresentação de comprovantes que caracterizam sua elegibilidade (Casamento, União Estável, Nascimento ou adoção e Reconhecimento da Paternidade).

3. O pagamento integral do prêmio à Seguradora será de responsabilidade do estipulante – QUALICORP ADM. DE BENEFÍCIOS S.A.

4. Fica acordado entre as partes a implantação de coparticipação financeira do(s) segurado(s) incluído(s) nos planos TNE1 e TNQ2 nas classes de procedimentos definidos abaixo, previsto no item 2.10, da Cláusula 2 – Definições das Condições Gerais:

Planos: TNE1 e TNQ2

- Consultas: 20% (vinte por cento) do valor do evento;
- Exames Simples: 20% (vinte por cento) do valor do evento; e
- Terapias: 20% (vinte por cento) do valor do evento.

4.1. A importância relativa à coparticipação dos segurados será revertida para a Seguradora, sob a forma de acréscimo ao valor do prêmio, e será cobrada do estipulante, na fatura, como receita específica (recuperação de sinistro). Especificamente para prestadores pessoa física, haverá incidência de INSS na base de cálculo.

5. Fica alterado o subitem 6.1. e incluídos os subitens 6.3., 6.4. e 6.4.1 na Cláusula 6 – Carência, das Condições Gerais, que passa a vigorar com a seguinte redação:

“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) 15 (quinze) dias para consultas médicas e exames simples, relacionados nas alíneas “a” até “g” do subitem 3.2.2 da Cláusula de Coberturas, das Condições Gerais;
- c) 15 (quinze) dias para fisioterapia, exceto nos casos de acidente pessoal;
- d) 300 (trezentos) dias para parto a termo; e
- e) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.”

6.3. A Seguradora se reserva o direito de aplicar a Cobertura Parcial Temporária (CPT), de 24 meses, contados da inclusão do segurado, sempre que informada doença e lesões pré-existentes conforme previstos nas Condições Gerais.

6.4. Os segurados titulares poderão optar por um padrão de seguro superior (*up-grade*) ou inferior (*downgrade*), desde que haja solicitação expressa do Estipulante à Seguradora, que analisará, podendo ou não autorizá-la.

6.4.1. Os segurados que optarem pelo *up-grade* cumprirão as carências descritas no item 6.1, única e exclusivamente em função do maior padrão de seguro por eles escolhidos, permanecendo, neste íterim, sob a cobertura do padrão anterior, inclusive no que se refere aos múltiplos de coeficiente de reembolso.”

5.1. A alteração mencionada no item 5, não se aplica ao subitem 6.1. das Condições Gerais de Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médico-Hospitalar Bradesco Saúde Coletivo por Adesão – Pré-Pagamento Hospitalar com Obstetrícia (H+O).

6. A Cláusula 9 – Condições de Aceitação e Admissão, das Condições Gerais, passa a vigorar com a redação a seguir:

“9.1. Ao emitir a apólice a Seguradora formaliza a aceitação do seguro que lhe é submetido através da proposta de seguro assinada pelo Estipulante.

9.1.1. A aceitação dos segurados é ratificada no Certificado de Seguro, definido no subitem 2.7 das Condições Gerais, alterado por esta Condição Particular.

9.2. O início da cobertura para os Segurados titulares e seus respectivos dependentes poderá ocorrer:

- a) A partir da data de ingresso do Subestipulante na apólice, desde que a formalização do pedido de inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias da referida data, para àqueles que já sejam vinculados ao Subestipulante na época da contratação do seguro;
- b) Na data de aniversário de ingresso do Subestipulante à apólice coletiva, desde que:
 - b1) o segurado tenha se vinculado ao Subestipulante após o transcurso do prazo previsto na alínea "a"; e
 - b2) o pedido de inclusão seja feito em até 30 (trinta) dias e, com até mais 30 (trinta) dias, contados da data do aniversário de ingresso do Subestipulante;
- c) na data indicada pelo Estipulante a qualquer momento durante a vigência da apólice.

9.2.1. Os segurados que tiverem a solicitação de inclusão feita nos prazos previstos nas alíneas "a" e "b" terão direito às coberturas garantidas pela apólice, sem a necessidade do cumprimento de carências.

9.3. Para ingresso de segurados na apólice o estipulante encaminhará, quando solicitado pela Seguradora, o contrato de adesão devidamente preenchido, estando os segurados sujeitos à Carência e Cobertura Parcial Temporária (CPT) na forma prevista nas Cláusulas 6 e 7 das Condições Gerais, respectivamente.

9.4. Os segurados que tiverem o certificado de seguro cancelado em função do previsto na alínea "f" do subitem 13.1 das Condições Gerais, poderão ser reincluídos na apólice desde que haja solicitação do estipulante, nas seguintes condições:

- Quando o atraso no pagamento for até o último dia da vigência do mês de cobertura não pago, com continuidade das carências contratuais e da CPT que eventualmente estavam sendo cumpridas pelo segurado; e

- Quando o atraso no pagamento for superior ao prazo supracitado, mediante o cumprimento de todas as carências contratuais e da CPT, independente do período anterior em que estiveram sob a cobertura do seguro.

9.4.1. A reinclusão do segurado será realizada após a quitação do pagamento de todos os débitos que ensejaram o cancelamento.

9.4.2. Não será permitida a reinclusão de segurados cujo certificado de seguro tenha sido cancelado em razão de infrações ou fraude comprovadas, conforme previsto na Cláusula Exclusão do Segurado.

9.5. Independente do disposto nos subitens 6.2 e 9.2, alterados por esta Condição Particular, ficam asseguradas:

- a) inclusão do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado isento do cumprimento dos períodos de carência, de cobertura parcial temporária ou agravo em observância ao art. 12, inciso III da Lei nº 9.656/98, desde que essa inclusão na apólice ocorra no prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias do nascimento ou da adoção;
- 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 adotante; e
- c) inclusão na apólice de novo cônjuge ou companheiro, em até 45 (quarenta e cinco) dias da data em que se tornarem elegíveis, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo segurado titular.”

9.5.1. O benefício descrito na alínea “a” será assegurado desde que o recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado, se enquadre na condição de dependente, conforme subitem 2.34, alterado por esta Condição Particular e conforme Proposta de Seguro.

9.6. 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 Subestipulante.

9.7. 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).

7. Ficam excluídos os itens 10.6. e 10.7., bem como fica alterado o item 10.8., da Cláusula 10 – Pagamento do Prêmio, das Condições Gerais:

“10.8. Independente do previsto na alínea “f” da Cláusula 13 – Exclusão do Segurado, o segurado estará sujeito às seguintes condições em caso de atraso na quitação do prêmio pago ao Estipulante ou à Administradora de Benefícios:

- a) Falta de pagamento na data de vencimento do seguro saúde acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) e acréscimo de juros de 1% (um por cento) ao mês sobre o valor total mensal do benefício; e

b) Cancelamento do benefício pela falta de pagamento do valor mensal até o último dia de vigência da mensalidade não paga, sem prejuízo da cobrança dos valores pendentes.”

8. Fica alterado o subitem 11.1. da Cláusula 11 – Vigência e Renovação do Seguro, das Condições Gerais, que passará a vigorar com a redação adiante:

“11.1. A vigência desse seguro será de 12 (doze) meses, renovado automaticamente por período indeterminado.”

9. Ficam alterados os subitens 12.2.1., 12.2.2., e 12.2.2.1., da Cláusula 12 – Cancelamento da Apólice de Seguro, das Condições Gerais, cuja redação passa a vigorar conforme disposto adiante:

“12.2.1. Constitui causa expressa de rescisão do contrato:

- a) fraude comprovada;
- b) a distribuição da ação ou a decretação de falência, de liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial, em face do Estipulante;
- c) o pagamento feito por meio de cheque sem fundos e o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 15 (quinze) dias, desde que o Estipulante tenha sido notificado previamente, sem prejuízo do direito da Seguradora requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias; e
- d) descumprimento pelo Estipulante ou pela Seguradora das cláusulas e condições do contrato.

12.2.2. Antes do término dos primeiros 12 (doze) meses de vigência do contrato, é facultado a qualquer das partes rescindi-lo, desde que motivadamente, mediante comunicação escrita, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, observadas as condições descritas adiante:

- a) quando motivada pelo Estipulante na hipótese prevista na alínea “b” do subitem anterior, sem qualquer ônus; ou
- b) se motivada pelo Estipulante, por qualquer das hipóteses previstas nas alíneas “a”, “c” e “d” do subitem 12.2.1, condicionando o mesmo ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 3 (três) vezes o valor da última fatura paga.

12.2.2.1. Após a vigência do período de 12 (doze) meses admite-se a rescisão imotivada, desde que comunicada à outra parte com antecedência de 90 (noventa) dias.”

10. Ficam alteradas as alíneas “e” e “f”, do subitem 13.1., da Cláusula 13 – Exclusão do Segurado, que passam a vigorar com a seguinte redação:

- “e) por inexatidão ou omissão no preenchimento do contrato de adesão, que tenha influenciado na aceitação do seguro, mediante apresentação de prova pela Seguradora e comunicação escrita ao Estipulante;”
- “f) por falta de pagamento do valor mensal do seguro saúde até o último dia da vigência referente ao mês não pago; e”

11. Fica alterado o subitem 14.2., da Cláusula 14 - Fixação do Prêmio e Reajuste por Mudança de Faixa Etária, das Condições Gerais, conforme segue:

“14.2. 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	64,033%
..... De 19 a 23 anos	De 24 a 28 anos	0,977%
..... De 24 a 28 anos	De 29 a 33 .anos	2,835%
..... De 29 a 33 anos	De 34 a 38 .anos	1,816%
..... De 34 a 38 anos	De 39 a 43 .anos	0,892%
..... De 39 a 43 anos	De 44 a 48 .anos	39,312%
..... De 44 a 48 anos	De 49 a 53 .anos	21,782%
..... De 49 a 53 anos	De 54 a 58 .anos	7,891%
..... De 54 a 58 anos	De 59 anos em diante	7,314%

12. Fica alterada a redação do *caput* da Cláusula 15 – Da Apuração do Percentual Único de Reajuste, conforme adiante:

“Independente do reajuste aplicado na forma do disposto na Cláusula de Fixação do Prêmio e Reajuste por Mudança de Faixa Etária, o reajuste financeiro do prêmio terá por base o índice da variação dos custos médicos e hospitalares, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro, segundo índices auditados por instituição externa idônea.”

13. Conforme acordado entre as partes e constante da proposta de seguro, fica estabelecido em 0,7 (zero vírgula sete) o fator variável definido pela letra “Y” no subitem 15.2.2.5., da Cláusula 15 – Da Apuração do Percentual Único de Reajuste, das Condições Gerais.

13.1. A primeira Reavaliação por Sinistralidade considerará os valores de sinistros e prêmios relativos ao período de Setembro/2019 a Abril/2020 da apólice, com comunicação do percentual apurado ao Estipulante em Maio/2020 e aplicação do resultado financeiro no faturamento de Julho/2020.

13.2. As reavaliações subsequentes serão realizadas, sucessivamente, considerando-se 12 (doze) meses seguintes ao último período reavaliado, sendo o percentual apurado comunicado ao Estipulante com 60 (sessenta) dias de antecedência de sua aplicação.

14. Ficam alteradas as redações dos subitens 18.1., 18.1.1. e 18.2. (alínea “d”), bem como fica incluído o subitem 18.6. na Cláusula 18 – Responsabilidades do Estipulante, das Condições Gerais, que passam a vigorar conforme a seguir:

“18.1. O Estipulante se compromete a encaminhar aos Segurados os seguintes documentos:

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

- b) Cartão de Identificação do Segurado Titular (entregue pela Seguradora), Manual do Segurado e o Guia de Leitura Contratual;
- c) Manual do Segurado, sempre que solicitado pelo segurado titular, que conterà, no mínimo, os temas que compõem o Guia de Leitura Contratual, cujas informações se restrinjam ao plano ao qual o Segurado está vinculado.

18.1.1. O Manual de que trata a alínea “a” e o Guia de Leitura Contratual serão entregues pelo Estipulante em material impresso ou mídia digital, à escolha do Segurado Titular. O material será elaborado seguindo as normas da ANS, inclusive quanto ao seu conteúdo, fonte e tamanho da letra a ser utilizado.

“18.2. Será de responsabilidade do Estipulante, além de outras estabelecidas nestas Condições Gerais e na legislação:

- d) solicitar a inclusão e exclusão de Segurados e suspensão da cobertura;”

“18.6. Nos casos em que seja exigida autorização prévia pela Seguradora para a realização do evento, esta ficará responsável pelo ônus referente às utilizações descritas nos itens 18.4. e 18.5. das Condições Gerais, sempre que previamente informada pelo Estipulante sobre a exclusão, cancelamento ou perda/extravio do cartão de identificação do segurado.”

15. Fica excluída a Cláusula 19 – Bônus-Descontos, das Condições Gerais da Apólice.

16. Ficam alterados os subitens 20.1., 20.6. e 20.9., da Cláusula 20 – Disposições Gerais, passando a vigorar o seguinte:

“20.1. O Estipulante e o proponente a Segurado assumem a responsabilidade por todas as informações prestadas na proposta e no contrato de adesão, sob risco de rescisão do contrato ou exclusão do segurado e de seu grupo familiar, se houver, do seguro.”

“20.6. O material explicativo intitulado Manual do Segurado, distribuído aos segurados pelo Estipulante, contém esclarecimentos sobre providências que devem ser tomadas em caso de necessidade de recorrer às coberturas deste seguro, inclusive no que se refere a 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 das Condições Gerais.”

“20.9. Integram o contrato os seguintes documentos:

- a) Proposta de Seguro;
- b) Declaração de Saúde, se houver;
- c) Tabela de reembolso; e
- d) Manual do Segurado.”

17. Ficam alterados o Caput e os itens 2, 3 e 4 da Condição de Remissão, conforme adiante:

“A Cobertura de Remissão por Morte do Segurado Titular destina-se aos segurados incluídos no plano de rede Nacional e garante, sem pagamento de prêmio, a permanência no seguro, por até 1 (um) ano, daqueles dependentes que se enquadram na definição do item 2.34., alterado por esta Condição Particular e conforme Proposta de Seguro, desde que:

- a) o falecimento tenha decorrido de evento passível de cobertura pelo seguro;
- b) a cobertura contratual não esteja suspensa por motivo de atraso no pagamento de algum prêmio; e
- c) o vínculo previsto no item 2.33 das Condições Gerais esteja mantido com o *Subestipulante* na data do falecimento, e que possa ser comprovado.”

“2. O segurado perderá o benefício da remissão nas seguintes situações:

- a) quando o segurado, durante o período de remissão, perder a condição que o caracterizava como dependente do titular;
- b) aos segurados, de uma maneira geral, após o decurso do período de remissão; ou
- c) se verificada a ocorrência de qualquer das situações previstas na Cláusula de Cancelamento da Apólice de Seguro das Condições Gerais.”

“3. Não terão direito à cobertura especial de remissão os dependentes incluídos na apólice nos 12 (doze) meses anteriores ao falecimento do segurado titular, a não ser que a morte tenha decorrido de acidente pessoal. Exceção será feita ao(a) filho(a) do titular que tiver nascido ou sido efetivamente adotado(a) nesses 12 (doze) meses ou após a data de seu óbito, e ao cônjuge comprovadamente elegível nesse período e incluído no seguro nos prazos previstos nas alíneas “a” e “b” do subitem 9.2 das Condições Gerais, alterado por esta Condição Particular.”

“4. Enquanto perdurar o benefício da remissão, não serão admitidas alterações do produto contratado.”

Todas as demais cláusulas não abrangidas por esta condição continuam em pleno vigor.

Rio de Janeiro, 01 de maio de 2019.



Manoel Antonio Peres
Diretor Presidente
Bradesco Saúde S.A.



Flávio Bitter
Diretor Gerente
Bradesco Saúde S.A.

ASSINATURA DO ESTIPULANTE SOB CARIMBO