



CONTRATO

OBJETO

Garantir reembolso ao segurado ou o pagamento diretamente aos prestadores pertencentes à rede referenciada, das despesas efetuadas pelo segurado com a assistência odontológica.

CONTRATADO

Porto Seguro Saúde S.A. CNPJ 04.540.010/0001-70

CONTRATO Nº

5426678

VALOR

Variável/Tabelas

INÍCIO

01/10/2014

TÉRMINO

Indeterminado

RESUMO DOS SERVIÇOS

Assistência odontológica para seus empregados, cônjuge ou companheiro (a), aos filhos solteiros menores de 21 (vinte e um) anos idade.

**EMPRESAS PARTICIPANTES
DO PROCESSO**

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. OBJETO E NATUREZA DO CONTRATO DE SEGURO | 3 |
| 2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA..... | 3 |
| 3. TIPO DE CONTRATAÇÃO | 3 |
| 4. TIPO DE SEGMENTAÇÃO | 3 |
| 5. DEFINIÇÕES | 3 |
| 6. COBERTURAS DO SEGURO | 6 |
| 7. EXCLUSÕES DE COBERTURA..... | 10 |
| 8. CARÊNCIAS | 10 |
| 9. REEMBOLSO | 11 |
| 10. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS | 12 |
| 11. FATOR MODERADOR | 12 |
| 12. CÁLCULO DO PRÊMIO MENSAL | 13 |
| 13. REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO MENSAL | 13 |
| 14. PAGAMENTOS DOS PRÊMIOS | 15 |
| 15. SUSPENSÃO E REATIVAÇÃO DA COBERTURA | 15 |
| 16. VIGÊNCIA DO SEGURO | 15 |
| 17. CANCELAMENTO DO SEGURO | 16 |
| 18. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA ODONTOLÓGICA | 17 |
| 19. ÍNDICE DE MANUTENÇÃO | 17 |
| 20. DISPOSIÇÕES FINAIS | 17 |
| 21. CLÁUSULA ADICIONAL PARA REMISSÃO DE PAGAMENTO DE PRÊMIO AOS SEGURADOS DEPENDENTES DO SEGURADO TITULAR FALECIDO | 18 |

**CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE SEGURO COLETIVO EMPRESARIAL
DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA SEGMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA
PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS - 30 A 99 VIDAS**

1. OBJETO E NATUREZA DO CONTRATO DE SEGURO

Este Seguro tem por objetivo garantir o reembolso ao segurado ou o pagamento diretamente aos prestadores pertencentes à rede referenciada, das despesas efetuadas pelo segurado com a assistência odontológica, mediante sistema de pré-pagamento de prêmio de seguro, em conformidade com o artigo 1º, inciso I, da Lei nº 9.656/1998, observadas as coberturas, exclusões e limites estabelecidos nestas condições gerais.

1.1. A natureza do contrato é de seguro e, como tal, submete-se às características e regulamentos próprios desta modalidade. De acordo com a legislação civil em vigor, o contrato de seguro é consensual, aleatório e oneroso, sendo também entendido como um contrato de adesão, de trato sucessivo e de obrigação de fazer. Para este contrato, aplicam-se também as normas estabelecidas pelo Código de Defesa do Consumidor.

2. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

O presente seguro abrange os eventos garantidos nestas condições gerais e ocorridos no Brasil.

3. TIPO DE CONTRATAÇÃO

O tipo de contratação deste Seguro é denominado Coletivo Empresarial.

4. TIPO DE SEGMENTAÇÃO

São garantidas as coberturas descritas nestas condições gerais na segmentação Odontológica.

5. DEFINIÇÕES

5.1. ACIDENTE PESSOAL ODONTOLÓGICO

É o evento com data e ocorrência caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão odontológica que, por si só, e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o atendimento odontológico.

5.2. APÓLICE DE SEGURO

É o documento emitido pela sociedade seguradora após a aceitação do seguro, que define e regula as relações entre o estipulante e a seguradora, estabelecendo os reciprocos direitos e obrigações.

5.3. CARÊNCIA

É o período de tempo ininterrupto, contado a partir da data da inclusão do segurado na apólice de seguro, durante o qual a seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade pelas coberturas do plano de seguro contratado.

5.4. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Documento emitido pela seguradora em favor do segurado, após a sua inclusão no seguro e quitação do prêmio correspondente, com indicação do plano de seguro contratado. Sua apresentação, junto com o documento de identificação pessoal do Segurado, é exigida para qualquer atendimento realizado na rede referenciada.

5.5. CARTÃO PROPOSTA

É o documento mediante o qual o estipulante expressa a sua intenção de inclusão do proponente no seguro, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nestas condições gerais.

5.6. COBERTURA

Estão cobertas as despesas com assistência odontológica, efetuadas pelo segurado, decorrentes de eventos cobertos por este seguro e previstas no plano de seguro escolhido pelo estipulante ao segurado.

5.7. CONDIÇÕES GERAIS

Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos, da seguradora, do estipulante, e, quando couber, do segurado.

5.8. CO-PARTICIPAÇÃO EM DESPESAS COBERTAS PELO SEGURO

É a parte efetivamente paga pelo estipulante à seguradora, referente à realização do procedimento por reembolso ou pela rede referenciada, de acordo com sua opção de co-participação.

5.9. CORRETOR DE SEGUROS

É o intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado.

5.9.1. Na forma da legislação vigente, o corretor de seguros é responsável pela orientação aos segurados sobre as coberturas, obrigações e exclusões do contrato de seguro.

5.10. DOENÇA ORAL

É o evento mórbido, de causa não acidental, que requer assistência odontológica.

5.11. ESTIPULANTE

É a pessoa jurídica legalmente constituída, devidamente identificada e qualificada no CADASTRO DO ESTIPULANTE o qual é parte integrante das condições gerais, que contrata o seguro com a seguradora e se responsabiliza pelo pagamento do prêmio mensal.

5.11.1. O estipulante fica investido dos poderes de representação do segurado perante a seguradora, devendo ser encaminhadas a ele todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice de seguro.

5.11.2. Cabe ao estipulante informar aos segurados da apólice de seguro sobre todas as características e particularidades do seguro contratado.

5.12. EVENTO

É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência odontológica que tenha como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde oral do segurado em decorrência de acidente pessoal odontológico ou doença oral. O evento se inicia com a comprovação pelo cirurgião-dentista da ocorrência e termina com a alta odontológica por conclusão do tratamento.

5.13. EVENTO COBERTO

É todo evento ocorrido com o segurado durante a vigência do seguro, passível de cobertura contemplada nestas condições gerais.

5.14. GRUPO SEGURADO

É o conjunto de pessoas aceitas no seguro, cuja cobertura esteja em vigor.

5.15. GRUPO SEGURÁVEL

É o conjunto de pessoas físicas, devidamente caracterizado pelo vínculo empregatício ou estatutário com o estipulante e seus dependentes. Fazem parte ainda do grupo segurável os sócios e administradores da Empresa.

5.15.1. A adesão será automática na data de contratação da apólice de seguro ou no ato da vinculação do proponente segurável ao estipulante de modo a abranger a totalidade ou maioria absoluta da massa populacional vinculada.

5.16. PLANO DE SEGURO

É o conjunto composto pelas coberturas, limites de reembolso e rede referenciada, escolhidos pelo estipulante por ocasião da contratação do seguro e ratificados na apólice de seguro.

Plano de Seguro oferecido:

| PLANO | REGISTRO ANS |
|---------------|--------------|
| ODONTO BRONZE | 456.685/08-8 |
| ODONTO PRATA | 456.686/08-6 |
| ODONTO OURO | 456.687/08-4 |

5.17. PRÊMIO DE SEGURO

É a quantia paga em moeda corrente nacional, mensal e antecipadamente, pelo estipulante à seguradora, para que esta garanta o risco contratado.

5.18. PROCEDIMENTOS

São todos os atos odontológicos que têm por objetivo a avaliação, manutenção ou recuperação da saúde oral do Segurado, respeitadas as coberturas deste Seguro, estabelecidas nestas condições gerais.

5.19. PROPONENTE

É a pessoa componente do grupo segurável que propõe a sua inclusão no seguro e que passará a ser segurado quando aceito pela Seguradora.

5.20. REDE REFERENCIADA

É o conjunto de prestadores de serviços odontológicos legalmente habilitados e, opcionalmente, colocados à disposição pela seguradora que compreendem cirurgiões-dentistas, clínicas radiológicas e clínicas de urgência 24 horas para o atendimento aos segurados.

5.20.1. Caso o segurado utilize a rede referenciada, o pagamento das despesas cobertas pelo plano de seguro contratado será feito pela seguradora direta e, exclusivamente, aos prestadores de serviços em fome e por conta do segurado.

5.21. REEMBOLSO

É o pagamento ao segurado das despesas realizadas com tratamentos odontológicos, desde que decorrentes de eventos cobertos, até os limites de valores estabelecidos no plano de seguro contratado e previstos nas condições gerais.

5.22. RADIOGRAFIA INICIAL

É a radiografia realizada antes da execução de um procedimento.

5.23. RADIOGRAFIA FINAL

É a radiografia realizada após a execução de um procedimento.

5.24. REGISTRO DO PRODUTO

É o registro deste plano na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), o que não implica por parte da autarquia algum incentivo ou recomendação à sua comercialização.

5.25. SEGURADO

É o componente do grupo segurado, aceito e incluído no seguro, identificado como:

5.25.1. SEGURADO TITULAR

É a pessoa física com vínculo empregatício ou estatutário com o estipulante, bem como seus respectivos sócios e administradores, aceita no seguro.

5.25.2. SEGURADOS DEPENDENTES

É o dependente do segurado titular, incluído obrigatoriamente no mesmo plano deste, podendo ser: cônjuge ou companheiro(a), aos filhos solteiros (naturais e adotivos), menores de 21 (vinte um) anos de idade, ou até 24 (vinte quatro) anos de idade, se cursando nível superior e filhos inválidos de qualquer idade.

5.26. SEGURADORA

É a Porto Seguro - Seguro Saúde S/A, CNPJ nº 04.540.010/0001-70, pessoa jurídica de direito privado, legalmente autorizada a operar planos de seguro, registrada na ANS sob nº 00058-2, com sede na Alameda Barão de Piracicaba, 740, Campos Elíseos, São Paulo/SP, que assume as garantias das coberturas objeto da apólice de seguro.

5.27. SIMULAÇÃO E OU FRAUDE

Entende-se como a utilização de subterfúgios, ou ainda, o engano dolosamente provocado, o malicioso induzimento em erro, bem como alegações inverídicas e omissões, de qualquer natureza, para o fim de obter vantagem ilícita.

5.28. TABELA PORTO SEGURO DE ODONTOLOGIA (TPSO)

Em conformidade com a Lei nº 9.656/1998, devidamente registrada no 2º Cartório de Registro de Títulos e Documentos da cidade de São Paulo é adotada pela seguradora como instrumento base para o cálculo de reembolso das despesas efetuadas pelo segurado.

5.28.1. A TPSO define valores básicos unitários por procedimentos em quantidade de Unidade Porto Odontológico (UPO), para honorários odontológicos.

5.29. UNIDADE PORTO ODONTOLÓGICO

É o fator expresso em moeda corrente nacional que, multiplicado pelos quantitativos previstos na Tabela Porto Seguro de Odontologia - TPSO determina o valor do reembolso de cada procedimento odontológico coberto pelo plano de seguro contratado. O valor da UPO é informado na apólice de seguro.

6. COBERTURAS DO SEGURO

São garantidas ao segurado, as coberturas estabelecidas no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento, no tratamento de todas as doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID - 10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), respeitadas as condições gerais aqui estabelecidas, conforme o Plano de Seguro:

| COBERTURAS | PLANOS | | |
|-------------|--------|-------|------|
| | BRONZE | PRATA | OURO |
| BÁSICA | X | X | X |
| BÁSICA PLUS | | X | X |
| ORTODONTIA | | X | X |
| PRÓTESE | | | X |

Sendo:

6.1. COBERTURA BÁSICA

6.1.1. DIAGNÓSTICO

É o conjunto de procedimentos que visa a identificação do tratamento odontológico necessário, por meio de exame clínico.

- consulta inicial
- exame histopatológico
- condicionamento em Odontologia

6.1.2. CIRURGIA ORAL

É o conjunto de procedimentos que visa à intervenção cirúrgica, ambulatorial e sob anestesia local, de elementos dentários ou lesões bucais.

- alveoplastia
- apicectomia bimadicular
- apicectomia bimadicular com obturação retrógrada
- apicectomia triradicular
- apicectomia trimadicular com obturação retrógrada
- apicectomia uniradicular
- apicectomia uniradicular com obturação retrógrada

- biópsia de boca
- biópsia de glândula salivar
- biópsia de lábio
- biópsia de língua
- biópsia de mandíbula/maxila
- cirurgia de tórus bilateral
- cirurgia de tórus unilateral
- correção de bridas musculares
- excisão de mucocele
- excisão de râncula
- exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila;
- exodontia a retalho
- exodontia de dente deciduo
- exodontia de raiz residual
- exodontia simples
- frenectomia labial
- frenectomia lingual
- hemissecção com ou sem amputação radicular
- punção aspirativa com agulha fina/coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
- redução cruenta (fratura alvéolo dentária)
- redução de luxação da ATM
- redução incruenta (fratura alvéolo dentária)
- remoção de dentes retidos (inclusos ou impactados)
- sulcoplastia
- sutura de ferida buco-maxilo-facial
- tratamento cirúrgico de fistulas buco-nasais ou buco-sinusais
- tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/cartilaginosos na mandíbula/maxila
- tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles na mandíbula/maxila
- tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução
- ulectomia
- ulotomia

6.1.3 CLÍNICA GERAL OU DENTÍSTICA

É o conjunto de procedimentos que visa à recuperação de forma e função dos dentes por meio de:

- ajuste oclusal
- aplicação de cariostático
- adequação do meio bucal
- núcleo de preenchimento
- 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
- tratamento restaurador atraumático

6.1.4 ENDODONTIA

É o conjunto de procedimentos que visa à reabilitação dos elementos dentários por meio de tratamento de canal.

- capeamento pulpar direto - excluindo restauração final
- pulpotomia
- remoção de núcleo intrarradicular/corpo estranho

- tratamento endodôntico em dentes permanentes com 1 (um) conduto
- tratamento endodôntico em dentes permanentes com 2 (dois) condutos
- tratamento endodôntico em dentes permanentes com 3 (três) condutos
- tratamento endodôntico em dentes permanentes com 4 (quatro) condutos ou mais
- retratamento endodôntico de dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares
- tratamento endodôntico em dentes deciduos
- tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta
- tratamento de perfuração radicular

6.1.5 ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Tratamento de indivíduos com alteração no padrão de normalidade (síndrome, alterações sistêmicas, como cardiopatias, hepatopatias, desvios psíquicos, geriatria, etc).

6.1.6 ODONTOPEDIATRIA

É o conjunto de procedimentos que visa o atendimento a Segurados com até 12 anos de idade.

- aplicação de cariostático
- condicionamento odontopediátrico
- coroa de aço/policarbonato
- exodontia de deciduos
- reimplante de dentes avulsionados
- remineralização
- restauração de ionômero de vidro
- tratamento endodôntico em deciduos

6.1.7 PERIODONTIA

É o conjunto de procedimentos que visa o tratamento das doenças da gengiva e estruturas de suporte.

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

6.1.8 PREVENÇÃO

É o conjunto de procedimentos que visa à prevenção de doenças e manutenção da saúde oral

- atividade educativa
- evidenciação de placa bacteriana
- profilaxia - polimento coronário
- fluoroterapia
- aplicação de selante

6.1.9 RADIOLOGIA

É o conjunto de procedimentos que visa complementar o diagnóstico por meio de exames radiológicos.

- radiografia periapical
- radiografia bite-wing
- radiografia oclusal
- panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)

6.1.10 PRÓTESE DENTÁRIA

É o conjunto de procedimentos que visa à substituição de dentes ausentes ou com grande perda de tecido dentário, restabelecendo

-
- a oclusão dentária incluindo características estéticas.
 - coroa unitária provisória com ou sem pino/provisorio para preparo de RMF- reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato
 - reabilitação com coroa total de cerâmica unitária - inclui peça protética
 - reabilitação com coroa total metálica unitária - inclui peça protética
 - reabilitação com núcleo metálico fundido/núcleo pré-fabricado - inclui peça protética
 - reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) - inclui peça protética

6.1.11 URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM ODONTOLOGIA

Envolve os casos em que há necessidade de atuação imediata de um cirurgião-dentista, caracterizada pela ocorrência de dor aguda ou de traumatismo dental.

- curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial
- curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose
- imobilização dentária temporária
- recimentação de trabalho protético
- tratamento de alveolite
- colagem de fragmentos
- incisão e drenagem de abscesso extraoral
- incisão e drenagem de abscesso intraoral
- reimplante de dente avulsionado

6.2. COBERTURA BÁSICA PLUS

6.2.1 CIRURGIA ORAL

- laçamento com finalidade ortodôntica
- cirurgia de cisto
- cirurgia de odontoma
- cirurgia de osteoma
- reconstrução de sulco gengivo - labial

6.2.2 ENDODONTIA

- Clareamento de dentes desvitalizados (elemento)

6.2.3 ODONTOPIEDATRIA

- coroa de aço e policarbonato

6.2.4 PERIODONTIA

- enxerto gengival livre
- enxerto gengival pediculado

6.2.5 PREVENÇÃO

- aplicação de verniz com flúor (04 sessões)

6.2.6 RADIOLOGIA

- raio x panorâmica
- levantamento periapical

6.3. ORTODONTIA

É o conjunto de procedimentos que visa restabelecer o posicionamento dental e as irregularidades faciais.

- manutenção e documentação ortodôntica simples

6.4. PRÓTESE

É o conjunto de procedimentos que visa à substituição dos dentes ausentes ou com grande perda de tecido dentário, restabelecendo

a oclusão dentária incluindo características estéticas.

- concerto de prótese
- manutenção de prótese removível
- prótese convencional
- prótese avançada

7. EXCLUSÕES DE COBERTURA

7.1. ESTÃO EXCLUÍDAS DA COBERTURA DESTE SEGURO:

- a) despesas não relacionadas diretamente com o tratamento odontológico coberto pelo plano de seguro contratado, conforme CLÁUSULA 6 - COBERTURAS DO SEGURO e eventos não previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento;
- b) despesas que forem despendidas pelo Segurado anteriormente ao início da vigência do seguro ou durante o prazo de aquisição do direito à cobertura (carências);
- c) despesas hospitalares de internação clínica ou cirúrgica para tratamentos odontológicos, mesmo que a causa seja acidente pessoal.

7.2. Também estão excluídas das coberturas do Seguro:

- a) despesas com atendimento domiciliar;
- b) repetição de qualquer serviço, salvo nos casos em que seja devidamente comprovada a necessidade;
- c) exames laboratoriais de qualquer natureza, observados o Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento;
- d) procedimentos para correção exclusivamente estética;
- e) tratamento com metais preciosos;
- f) implantes, próteses para implantes e transplantes de qualquer natureza;
- g) restaurações estéticas (resinas foto e quimicamente ativadas) em dentes posteriores;
- h) tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos ou materiais não reconhecidos por órgão oficial governamental;
- i) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- j) remoções do Segurado;
- k) tratamento ortodôntico ou ortopedia dos maxilares nos planos de seguro BRONZE;
- l) tomografias de qualquer natureza, independente da finalidade;
- m) clareamento ou branqueamento externo (de dentes vitalizados) com finalidade estética;
- n) internações hospitalares, tratamento ou procedimento hospitalar ambulatorial;
- o) os procedimentos de prótese dentária, exceto os previstos no Rol de Procedimentos da ANS;
- p) todos os procedimentos odontológicos durante o respectivo período de carência.

7.3. Caso a seguradora seja obrigada a custear, durante a vigência da apólice ou após o cancelamento desta, despesas relacionadas a exclusões de cobertura, por força de medida judicial e/ou administrativa propostas por quaisquer segurados, o estipulante obriga-se a ressarcir a seguradora, através de aporte de capital, de todos os valores que esta venha a despesar. Nesta hipótese, reconhecerá a referida despesa como dívida líquida, certa, definitiva e irretroatável, permanecendo como responsável por seu pagamento mesmo após o encerramento do contrato, podendo este ser utilizado para propositura de Ação de Execução.

8. CARÊNCIAS

8.1. As carências previstas neste seguro serão contadas da data de início de vigência individual de cada segurado titular/dependente, conforme tabela abaixo:

| COBERTURAS | CARÊNCIAIS EM DIAS |
|--|--------------------|
| Casos de urgência odontológica | 0 |
| Diagnósticos, radiologia, prevenção, odontopediatria, dentística, cirurgia oral e reabilitação | 0 |
| Tratamento de endodontia e periodontia | 60 |
| Ortodontia | 120 |
| Prótese* | 120 |

* Exceto para os procedimentos listados no ROL de Procedimentos da ANS.

8.2. Não haverá exigência para cumprimento de prazos de carência, exceto para ORTODONTIA e PRÓTESE previstos nos itens 6.3. e 6.4., ambos da Cláusula 6 - COBERTURAS DO SEGURO, quando as inclusões no plano coletivo ocorrerem dentro dos prazo previstos nos itens 10.3., 10.4., 10.5. e 10.6. da Cláusula 10 - ACEITAÇÃO DE SEGURADOS.

8.3. Para segurados dependentes incluídos em até 30 (trinta) dias da vinculação com o segurado titular, serão aproveitados os prazos relativos ao término do cumprimento das carências do segurado titular.

8.4. Na hipótese de contratação do seguro com co-participação financeira do segurado na forma do item 11.3. CO-PARTICIPAÇÃO, caso as inclusões sejam realizadas dentro dos prazos previstos nos itens 10.3., 10.4., 10.5. e 10.6. da Cláusula 10 - ACEITAÇÃO DE SEGURADOS, não haverá imputação de carências para ORTODONTIA e PRÓTESE.

9. REEMBOLSO

9.1. Os reembolsos para os eventos cobertos nos termos destas condições gerais, quando utilizados serviços odontológicos não pertencentes à rede referenciada, serão efetuados mediante apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) relatório do cirurgião-dentista com a descrição do tratamento efetuado, especificando data de cada atendimento, discriminando dente, faces, procedimentos e justificando as condições em formulário padrão da seguradora;
- b) recibos de honorários ou nota fiscal, descrevendo os eventos a que se referem, bem como CRO e CPF do profissional que realizou o tratamento;
- c) autorização prévia da seguradora, exceto nos casos de urgência e emergência;
- d) radiografias e quaisquer outros exames realizados pelo segurado indicando a situação inicial e a finalização do tratamento executado.

9.2. Poderá a seguradora em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do pedido de reembolso, sendo que o prazo para o pagamento ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados, e sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

9.3. Para efeito dos reembolsos previstos nestas condições gerais terá como base de cálculo a Tabela Porto Seguro de Odontologia (TPSO) e a Unidade Porto Odontológico (UPO) do plano de seguro contratado vigente na data do atendimento, e aplicado os múltiplos de reembolso no plano de seguro, de acordo com a tabela abaixo:

| PLANO DE SEGURO | MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO (M) |
|-----------------|----------------------------|
| ODONTO BRONZE | 1,0 x |
| ODONTO PRATA | 1,5 x |
| ODONTO OURO | 2,0 x |

9.3.1. Para obter o valor do reembolso em moeda corrente nacional, limitado ao valor do recibo e do plano contratado, aplica-se a seguinte fórmula:

$$VR = Q \times M \times UPO$$

Sendo que:

VR = Valor do Reembolso em Reais (R\$).

Q = Quantidade de UPO para cada procedimento descrito na TPSO.

M = Múltiplo de reembolso de acordo com o Plano de Seguro contratado.

UPO = Unidade Porto Odontológico, do Plano de Seguro contratado vigente na data do evento.

9.4. A seguradora somente se responsabilizará pelo reembolso de despesas comprovadas em documentos originais que forem entregues em um de seus escritórios, sob protocolo numerado e pagáveis conforme prazo estabelecido na legislação vigente, qual seja, em no máximo 30 (trinta) dias após a entrega de toda a documentação adequada.

9.5. O segurado deverá observar o prazo máximo para apresentação dos pedidos de reembolso de até 1 (um) ano, contado da data do atendimento, sob pena de perda do direito.

9.6. Os créditos dos reembolsos serão efetuados em nome do segurado titular ou de seu responsável legal, tendo por base o múltiplo de reembolso contratado descrito nas condições gerais e sendo limitado ao valor do recibo.

9.7. Não serão reembolsados os valores correspondentes a atendimentos realizados por prestadores de serviços odontológicos pertencentes à rede referenciada.

9.8. Não serão reembolsados os valores correspondentes a impostos recolhidos pelo prestador de serviço.

10. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

Este plano de seguro é destinado ao conjunto de pessoas físicas que comprovem vínculo empregatício ou estatutário com o estipulante, seus respectivos sócios e administradores, bem como seus dependentes, conforme previsto nos itens 5.25.1 e 5.25.2 destas condições gerais.

10.1. A adesão deverá ser automática na data da contratação da apólice de seguro ou no ato de vinculação do proponente segurável ao estipulante de modo a abranger a totalidade ou maioria absoluta da massa populacional vinculada.

10.1.1. Ainda estará garantida a inscrição de filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante, atendendo assim ao disposto no artigo 12, VII da Lei nº 9.656/1998.

10.2. A inclusão de segurados titulares e respectivos dependentes no seguro ocorrerá por meio de solicitação formal do estipulante, acompanhado da respectiva comprovação de vínculo, do cartão proposta odontológico preenchido e com a assinatura do representante legal do estipulante sob carimbo.

10.3. A inclusão de segurados titulares deverá ser solicitada pelo estipulante até o 30º (trigésimo) dia da vinculação do proponente segurável ao estipulante, mediante apresentação do respectivo documento comprobatório.

10.4. A inclusão dos filhos naturais ou adotivos do segurado titular deverá ser solicitada pelo estipulante até o 30º (trigésimo) dia posterior à data do nascimento/adocção deste, mediante apresentação do respectivo documento comprobatório.

10.5. A inclusão do(a) cônjuge do segurado titular deverá ser solicitada pelo estipulante até o 30º (trigésimo) dia posterior à data do casamento, mediante apresentação do respectivo documento comprobatório.

10.6. A inclusão do(a) companheiro(a) do segurado titular deverá ser solicitada pelo estipulante até o 30º (trigésimo) dia posterior à data do registro da Declaração/Escritura Pública ou da data da decisão judicial, mediante apresentação do respectivo documento comprobatório.

10.7. As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a seguradora, a qualquer tempo, solicitar cópia de qualquer documentação que julgar necessária para comprovação da elegibilidade dos segurados titulares e/ou segurados dependentes.

10.8. A aceitação do segurado ocorrerá no prazo máximo de 20 (vinte) dias contados do recebimento do cartão proposta ou da solicitação expressa de inclusão de segurados dependentes na seguradora. Caso seja solicitado algum documento complementar, esse prazo ficará suspenso voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação na Seguradora.

11. FATOR MODERADOR

11.1. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA

Para a execução dos procedimentos relacionados na CLÁUSULA 6 - COBERTURAS DO SEGURO, realizados em rede referenciada ou em prestador de serviço odontológico legalmente habilitado e escolhido pelo segurado por meio do sistema de reembolso, será

necessária a autorização prévia e expressa da seguradora, inclusive para reembolso, a partir da solicitação e justificativa do cirurgião-dentista responsável.

11.1.1. A seguradora responderá às solicitações de autorização prévia no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação.

11.2. A seguradora poderá solicitar informações sobre a realização de tratamentos odontológicos realizados quando os considerar como redundantes ou desnecessários.

11.3. CO-PARTICIPAÇÃO

O estipulante poderá contratar este seguro com co-participação financeira do segurado para parte das despesas que vierem a ser realizadas pela rede referenciada ou por reembolso no plano ODONTO OURO, sendo que para o plano ODONTO PRATA a contratação será compulsória.

11.3.1. Se optar pela contratação do seguro com co-participação, o estipulante restituirá à seguradora parte das despesas que os segurados integrantes de sua apólice de seguro vierem a realizar com os procedimentos de ORTODONTIA previsto no item 6.3. e PRÓTESE previsto no item 6.4., ambos da Cláusula 6 - COBERTURAS DO SEGURO, de acordo com a faixa de co-participação contratada, conforme seguem:

| FAIXAS DE CO-PARTICIPAÇÃO | CO-PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO (VALORES EM PERCENTUAIS) EM DESPESAS COM: | |
|---------------------------|--|---------|
| | ORTODONTIA | PRÓTESE |
| I | 20% | 20% |
| II | 30% | 30% |
| III | 40% | 40% |

11.3.1.1. A cobrança da co-participação será efetuada na fatura mensal, acompanhada de demonstrativo de custos individuais.

11.3.1.2. A co-participação não é considerada como contribuição para concessão do benefício previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

11.3.1.3. O estipulante reconhece, para todos os efeitos legais, como dívida líquida e certa em favor da seguradora, o pagamento da co-participação mesmo após o cancelamento do seguro, de acordo com o descrito no item 20.6. da Cláusula 20 - DISPOSIÇÕES FINAIS.

11.3.2. A seguradora admitirá a contratação ou desistência desta opção somente no aniversário do contrato, mediante aviso prévio por escrito de 30 (trinta) dias.

12. CÁLCULO DO PRÊMIO MENSAL

O valor do prêmio, expresso nas condições particulares da apólice de seguro, será constituído pela soma dos prêmios individuais dos segurados titulares e segurados dependentes, calculados com base nos planos de seguro contratados e nas características do grupo segurado.

13. REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO MENSAL

O prêmio mensal da apólice será reajustado cumulativo ou isoladamente no mês de aniversário do contrato, considerando:

- A variação dos custos dos serviços odontológicos, dos preços dos insumos utilizados na prestação destes mesmos serviços e dos custos administrativos;
- A variação da sinistralidade acumulada do grupo de apólices da carteira Pequenas e Médias Empresas - 30 a 99 vidas, se superior a 65% (sessenta e cinco por cento). Atendida esta condição, haverá enquadramento da apólice conforme sua faixa de sinistralidade,

observando o seu desempenho isolado no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de aniversário da apólice, de acordo com a tabela a seguir:

| FAIXA DE PERCENTUAL DE SINISTRALIDADE | |
|---------------------------------------|------------------|
| MAIOR QUE | MENOR OU IGUAL A |
| 65% | 70% |
| 70% | 80% |
| 80% | 90% |
| 90% | 100% |
| 100% | 150% |
| 150% | 200% |
| 200% | EM DIANTE |

b.1) Conforme tabela acima, será calculado índice de reajuste de acordo com a seguinte tabela:

$$\text{ÍNDICE DE REAJUSTE DA FAIXA} = \frac{[\text{SINISTROS OCORRIDOS - CO-PARTICIPAÇÃO}]}{\text{PRÊMIOS RECEBIDOS - IOF}} - 0,65$$

Sendo que:

Sinistros Ocorridos = somatória dos valores destinados ao reembolso das despesas odontológicas garantidas pelo seguro, ocorridas no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês da avaliação;

Co-participação = somatória das co-participações das apólices enquadradas na mesma faixa de sinistralidade;

Prêmios Recebidos = somatória dos prêmios recebidos das apólices enquadradas na mesma faixa de sinistralidade, no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês da avaliação.

b.2) Este índice será aplicado para todas as apólices da mesma faixa de sinistralidade de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{PRÊMIO REAJUSTADO} = \text{PRÊMIO ATUAL} \times \text{ÍNDICE DE REAJUSTE DA FAIXA}$$

b.3) As apólices de seguro com até 65% (sessenta e cinco por cento) de sinistralidade não terão seus prêmios reajustados por variação de sinistralidade.

c) Quando for verificada a ocorrência de alteração sensível no grupo segurado e se resultar em uma diferença percentual superior a 5% (cinco por cento), será reajustado o prêmio de acordo com o prêmio médio comercializado. A identificação da diferença percentual ocorrerá seguindo a fórmula abaixo:

$$\text{DIFERENÇA PERCENTUAL} = \left[\frac{\text{PMC} - 1}{\text{PMV}} \right] \times 100$$

Sendo que:

PMC = Prêmio Médio Comercializado na data de avaliação.

PMV = Prêmio Médio Vigente na data de avaliação.

O Prêmio Médio Comercializado (PMC) corresponde ao número de vidas vigentes à época da avaliação.

13.1. A seguradora comunicará a Agência Nacional de Saúde - ANS todos os reajustes aplicados na Apólice de Seguro observando o prazo legal.

14. PAGAMENTOS DOS PRÊMIOS

14.1. O prêmio mensal estipulado na data de início da vigência do seguro para cada segurado titular e segurado dependente será aquele estabelecido na tabela de prêmios da seguradora.

14.2. Os prêmios mensais deverão ser pagos, até a data do seu vencimento, nos estabelecimentos bancários ou outros locais indicados pela seguradora. Ocorrendo o vencimento no sábado, domingo ou feriado, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

14.2.1. O estipulante deverá comunicar à seguradora sempre que não acusar o recebimento da fatura até 05 (cinco) dias úteis antes da data de vencimento prevista na apólice de seguro.

14.2.2. Nenhum pagamento de prêmio será reconhecido pela seguradora se o estipulante não possuir comprovante autenticado por estabelecimento bancário ou pela seguradora, exceto nos casos de esclarecimentos fornecidos diretamente pelos bancos à seguradora.

14.2.3. Sobre o prêmio mensal pago após a data de seu vencimento incidirá multa de 2% (dois por cento) sobre o seu valor original e juros de mora calculados à razão dos dias de atraso, limitados a 1% (um por cento) ao mês.

14.3. O pagamento de um prêmio mensal não quita prêmios anteriores nem dá ao segurado direito à cobertura objeto do seguro, caso algum prêmio de mês anterior não tenha sido quitado.

14.3.1 O estipulante reconhece, para todos os efeitos legais, como dívida líquida e certa em favor da seguradora, o prêmio mensal pendente.

14.4. Caso o estipulante deixe de apresentar em determinado mês, documento que comprove as inclusões e exclusões de segurados, bem como a solicitação de alterações até o 20º (vigésimo) dia anterior à data de vencimento da fatura, a seguradora fica autorizada a emitir fatura com base no grupo segurado do mês anterior.

14.5. O prêmio referente as inclusões, quando aceitas pela seguradora, serão cobrados pró-rata dia.

14.6. O pagamento integral da fatura mensal é de responsabilidade do estipulante, excetuadas as hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da lei 9.656/1998.

15. SUSPENSÃO E REATIVAÇÃO DA COBERTURA

15.1. Decorrido o prazo de vencimento do prêmio sem que tenha sido efetuado o respectivo pagamento, as coberturas do seguro ficarão automaticamente suspensas, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, responsabilizando-se o estipulante pelas despesas ocorridas durante o período de suspensão.

15.2. Ocorrendo a suspensão das coberturas, os prêmios devidos podem ser pagos até o 30º (trigésimo) dia posterior ao vencimento da parcela em atraso, com o devido acréscimo de multa e juros, conforme item 14.2.3. destas condições gerais, hipótese em que a cobertura será reativada para os eventos ocorridos a partir do 1º (primeiro) dia subsequente ao pagamento do prêmio em atraso.

15.3. Decorridos 30 (trinta) dias da data de vencimento e não ocorrendo o pagamento do prêmio, a apólice de seguro será cancelada e não poderá ser reativada.

16. VIGÊNCIA DO SEGURO

16.1. A vigência inicial do contrato é aquela expressa na apólice de seguro.

16.2. A vigência da apólice de seguro será de 24 (vinte e quatro) meses, e sua renovação será automática por prazo indeterminado e sem cobrança de qualquer taxa, exceto no caso de manifestação de uma das partes em sentido contrário desde que com prévia notificação da

parte contrária, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

17. CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1. CANCELAMENTO DA APÓLICE DE SEGURO

Sem prejuízo de outras penalidades legais cabíveis, a apólice de seguro será cancelada, independentemente de interpelação judicial, sem indenização ou devolução dos prêmios pagos ao estipulante:

- a) Caso seja identificada simulação e/ou fraude, conforme item 5.27 da Cláusula 5 - DEFINIÇÕES, a qualquer tempo, a seguradora poderá suspender ou rescindir unilateralmente a apólice de seguro;
- b) Devido inadimplência decorrente do não pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, a seguradora poderá suspender ou rescindir unilateralmente a apólice de seguro, conforme disposto no item 15.3. da Cláusula 15 - SUSPENÇÃO E REATIVAÇÃO DA COBERTURA;
- c) Quando o número de vidas e/ou segurados titulares for inferior ao índice mínimo de manutenção estabelecido na Cláusula 19 - ÍNDICE DE MANUTENÇÃO, a seguradora ou o estipulante poderão rescindir unilateralmente a apólice de seguro a qualquer tempo, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias;
- d) Imotivadamente, por iniciativa da seguradora ou do estipulante, com 60 (sessenta) dias de aviso prévio, desde que a apólice tenha no mínimo 12 (doze) meses de vigência. Neste caso não serão admitidas movimentações no seguro, bem como inclusões de novos segurados, mesmo os nascidos no período de aviso prévio.

17.1.1. Caso o Estipulante rescinda imotivadamente a apólice, antes de transcorridos 12 (doze) meses de vigência, este ficará sujeito ao pagamento de multa rescisória correspondente a 03 (três) vezes o valor médio mensal dos prêmios emitidos.

17.2. EXCLUSÃO DE SEGURADO

A exclusão de segurados titulares e dependentes ocorrerá nas seguintes situações:

- a) se o segurado não fizer declarações verdadeiras e completas ou omitir circunstâncias de seu conhecimento que possam influir na emissão da proposta ou na taxa de prêmio, observando os critérios preconizados no item 5.27. da Cláusula 5 - DEFINIÇÕES;
- b) com a cessação do vínculo entre o segurado e o estipulante, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;
- c) quando o segurado dependente deixar de possuir a elegibilidade de dependente, conforme definido no item 2.25.2 destas Condições Gerais;
- d) o segurado estará automaticamente excluído quando ocorrerem quaisquer das situações retratadas no item 17.1. destas condições gerais.

17.3. SEGURADOS EXCLUÍDOS DE APÓLICE DE SEGURO CUSTEADA SOB REGIME CONTRIBUTÁRIO

Nos casos cujo custeio do plano seja contributivo (total ou parcialmente) e a cessação do vínculo empregatício entre o segurado titular e o Estipulante ocorrer por rescisão do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentadoria, o Estipulante está ciente e concorda que deverá manter o segurado nas mesmas condições de cobertura de que dispunha quando da vigência do contrato de trabalho, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 e demais normativos vigentes.

17.3.1. O segurado titular deverá optar pela manutenção do benefício respeitando o prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data do desligamento, passando a assumir integralmente o pagamento de sua participação no plano.

17.3.2. A manutenção do benefício é extensiva obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito.

17.3.3. Para efeito deste benefício, deverão ser observados os prazos e condições descritos na tabela a seguir:

| FUNCIONÁRIO SEGURADO | PERÍODO MÁXIMO |
|--|---|
| Demitido sem justa causa que contribuiu como Segurado da Apólice de Seguro do Estipulante | 1/3 (um terço) da permanência no Seguro, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses, ou quando o Segurado Titular voltar a exercer atividade profissional remunerada, o que primeiro ocorrer. |
| Aposentado que contribuiu como Segurado da Apólice de Seguro do Estipulante pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos | Ilimitado, desde que o Segurado Titular não volte a exercer atividade profissional remunerada. |
| Aposentado que contribuiu como Segurado da Apólice de Seguro do Estipulante por prazo inferior a 10 (dez) anos | 1 (um) ano para cada ano de contribuição, ou quando o Segurado Titular voltar a exercer atividade profissional remunerada, o que primeiro ocorrer. |

17.4. Quando do cancelamento da apólice, seja qual for o motivo, caberá ao estipulante, assumir a responsabilidade por todos os custos decorrentes de eventos/tratamentos, penalidades ou multas, honorários, custas judiciais, que envolvam os segurados desta apólice, após a rescisão do contrato, obrigando-se a ressarcir a seguradora de todos os valores que esta venha a despesar.

18. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA ODONTOLÓGICA

18.1. As divergências de natureza odontológica relacionadas às coberturas previstas no plano de seguro contratado serão dirimidas por uma junta constituída por 3 (três) cirurgiões-dentistas, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois nomeados.

18.2. Se não houver acordo na escolha do referido terceiro profissional, a designação será solicitada à entidade odontológica representativa da especialidade.

18.3. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, sendo que a remuneração do terceiro profissional será paga pela seguradora.

19. ÍNDICE DE MANUTENÇÃO

É a relação entre o número de componentes do grupo segurado vigente e do grupo segurado inicial, expressa em percentagem.

19.1. Entende-se como índice de manutenção o percentual mínimo de segurados que devem permanecer na apólice de seguro, não podendo ser inferior ao número de vidas do grupo segurado inicial, inclusive quanto a manutenção de no mínimo 02 (dois) segurados titulares.

| NÚMERO DE COMPONENTES DO GRUPO SEGURADO INICIAL - com no mínimo 02 (dois) titulares | | ÍNDICE MÍNIMO DE MANUTENÇÃO - com no mínimo 02 (dois) titulares |
|---|-----|---|
| DE | ATÉ | MANUTENÇÃO |
| 30 | 99 | 100% |

19.2. A seguradora poderá solicitar a qualquer tempo, a seu critério, cópia de qualquer documento que julgar necessário para acompanhamento do índice mínimo de manutenção.

19.3. Na hipótese de não observância do índice de manutenção pelo estipulante, serão aplicadas as regras previstas na alínea "c" da Cláusula 13 - REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO MENSAL, e/ou na alínea "c" do item 17.1. da Cláusula 17 - CANCELAMENTO DO SEGURO.

20. DISPOSIÇÕES FINAIS

20.1. A partir do 1º (primeiro) dia de cancelamento do seguro, cessa para todos os efeitos legais a responsabilidade da seguradora pelos atendimentos, passando imediatamente à responsabilidade do estipulante todas as despesas devidas após esta data.

20.2. O segurado tem ciência e permite que a seguradora, por meio de um cirurgião-dentista indicado por ela, consulte qualquer entidade de direito público ou privado, pessoas físicas ou jurídicas, com o objetivo de obter informações relacionadas com a cobertura deste seguro.

20.3. O segurado concorda em realizar exames ou avaliação odontológica, a qualquer tempo, quando solicitado pela seguradora e em profissional indicado por esta.

20.4. O estipulante é responsável pela vigilância e fiscalização dos cartões de identificação, pela distribuição e recolhimento, bem como pelas despesas advindas da utilização indevida, inclusive as decorrentes de roubo ou extravio não comunicado à seguradora.

20.5. Independentemente do cancelamento da apólice, fica ressalvada à seguradora o direito de cobrar os prêmios vencidos que não foram pagos pelo estipulante durante a vigência do seguro.

20.6. O estipulante reconhece, para todos os efeitos legais, como dívida líquida e certa em favor da seguradora, qualquer atendimento prestado a seus segurados, pagamento de prêmio ou co-participação devidos, após o cancelamento do seguro de que trata a CLÁUSULA 17 - CANCELAMENTO DO SEGURO, autorizando a seguradora a emitir ou debitar em sua fatura e/ou recibo de cobrança o valor correspondente, independentemente dos mecanismos a que o estipulante tenha que recorrer objetivando recuperá-las posteriormente junto aos segurados, sendo que o não pagamento poderá resultar na inscrição da estipulante nos registros de proteção ao crédito.

20.7. A cobertura dos segurados dependentes cessará concomitantemente com a do segurado titular quando se verificar qualquer das hipóteses previstas nos itens anteriores ou quando perderem a condição de dependência caracterizada no item 5.25.2 das condições gerais.

20.8. A seguradora poderá a qualquer tempo, substituir/cancelar o referenciamento de cirurgiões-dentistas, clínicas e serviços, bem como nomear novos referenciados ao seu exclusivo critério.

20.9. A seguradora poderá solicitar, a qualquer tempo, cópia de documentação que permita a comprovação ou rompimento do vínculo junto ao estipulante.

20.10. Nenhuma responsabilidade caberá à seguradora por atos profissionais dolosos, culposos ou acidentais, danosos ao segurado, resultantes de procedimentos odontológicos, prestados em consultórios, clínicas ou serviços congêneres utilizados pelo segurado.

20.11. Para dirimir quaisquer dúvidas, ou impetrar demandas judiciais, fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do estipulante, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

21. CLÁUSULA ADICIONAL PARA REMISSÃO DE PAGAMENTO DE PRÊMIO AOS SEGURADOS DEPENDENTES DO SEGURADO TITULAR FALECIDO

21.1. OBJETO

Pela presente cláusula adicional, quando contratada, a seguradora obriga-se garantir a continuidade do plano de seguro contratado aos beneficiários, em caso de falecimento do segurado titular, pelo prazo de 01 (um) ano, sem pagamento de prêmios, desde que a apólice de seguro coletivo empresarial esteja vigente e que não tenha prêmio pendente.

21.2. BENEFICIÁRIOS

Para fins de validade desta cláusula, são considerados segurados dependentes, desde que cumprido o prazo para concessão descrito no item 21.5 desta cláusula e enquanto mantiverem sua condição de dependência as pessoas adiante descritas:

- a) cônjuge ou companheiro (a);
- b) filhos solteiros menores de 24 (vinte e quatro) anos de idade;
- c) filhos inválidos de qualquer idade.

21.3. COBERTURAS E LIMITES

Ficam mantidas as coberturas e limites do plano de seguro contratado no qual os segurados dependentes estiverem incluídos na data de inicio de vigência desta cláusula adicional.

21.4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídas da cobertura desta cláusula o falecimento do segurado titular decorrente dos seguintes eventos:

- a) suicídio ou qualquer ato ilícito devidamente comprovado;
- b) simulação e/ou fraude, conforme item 5.27 da Cláusula 5 - DEFINIÇÕES;
- c) ato reconhecidamente perigoso, voluntário, motivado por vontade do segurado e sem necessidade justificada;
- d) atos ou operações de guerra, tumultos ou outras perturbações da ordem pública quando declarados por autoridade competente;
- e) atividades esportivas e/ou profissionais de alto risco;
- f) radiação e/ou emanação nuclear ou ionizante;
- g) envenenamento de caráter coletivo ou qualquer;
- h) outra causa física que atinja maciçamente a população quando declarados por autoridade competente.

21.5. PRAZO PARA CONCESSÃO DA REMISSÃO

O prazo estabelecido para entrada em vigor da cobertura de remissão prevista nesta cláusula é de 180 (cento e oitenta) dias contados da data de início de vigência do seguro e anteriores à data do falecimento do segurado titular, exceto nos casos de morte por acidente pessoal devidamente comprovado.

21.6. DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA INÍCIO DA VIGÊNCIA DA REMISSÃO

- a) solicitação por escrito à seguradora, requerendo a cobertura de remissão;
- b) cópia da certidão de óbito do segurado titular;
- c) cópia de documentos que comprovem a relação de dependência dos segurados dependentes para com o segurado titular;
- d) cópia do boletim de ocorrência, quando se tratar de morte acidental.

21.6.1 As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a seguradora, a qualquer tempo, solicitar cópia de qualquer documentação que julgar necessária.

21.7. VIGÊNCIA

21.7.1. A vigência da cobertura de remissão terá início a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da comunicação à seguradora do falecimento do segurado titular, acompanhada da documentação descrita no item 21.6. desta cláusula e desde que o falecimento tenha decorrido de evento passível de cobertura por este seguro.

21.7.2. Para validade desta cobertura adicional, a solicitação para remissão de pagamento de prêmio dos segurados dependentes do segurado titular falecido deve ocorrer em até 30 (trinta) dias contados da data de óbito deste.

21.7.3. Esta cobertura cessará automaticamente nas seguintes situações:

- a) quando o segurado dependente perder a condição de dependência definida no item 21.2 desta cláusula;
- b) quando cessar o período máximo de permanência no plano de seguro para os ex-funcionários demitidos sem justa causa;
- c) quando cessar o período máximo de permanência no plano de seguro para os aposentados, limitado a 01 (ano), conforme definido no item 21.1 desta cláusula;
- d) quando ocorrerem quaisquer das situações retratadas no item 17.1 das condições gerais;
- e) no último dia do período definido no item 21.1 desta cláusula.

21.8. DISPOSIÇÕES FINAIS

Enquanto perdurar o benefício da remissão, não serão admitidas alterações no contrato de seguro.

21.9. Permanecem inalteradas todas as cláusulas e itens das condições gerais constantes deste seguro, não alteradas expressamente por esta cláusula.