



PORTO SAÚDE ORÇAMENTO
PME 10-19 VIDAS

NÚMERO DO ORÇAMENTO	UN541247
TARIFA	Outubro/2023
IMPRESSAO	23/10/2023 15:25:21

C.N.P.J. 04.540.010/0001-70

DADOS CADASTRAIS

NOME DA EMPRESA ASSOCIACAO NACIONAL DE DESPORTOS PARA DE	CNPJ 29.992.716/0001-02
---	----------------------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 8591100
--

INFORMAÇÕES CADASTRAIS DO CORRETOR

SUSEP 91N62J	NOME DA CORRETORA RITCHELLI DE CASSIA PINA THOMAZELLI	TELEFONE 21983857944
-----------------	--	-------------------------

E-MAIL thomazellirith@gmail.com	CÓDIGO DE OPERAÇÃO ACE4
------------------------------------	----------------------------

REGIÃO Rio de Janeiro

PERFIL DO GRUPO

ACOMODAÇÃO	REDE COMPLEMENTAR	COPARTICIPAÇÃO	PLANO	M	F	00-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59 OU MAIS	TOTAL
APARTAMENTO	Com Medservice	0	PRATA MAIS Q RC - PME + REDE TERCEIRIZADA	0	0	2	3	0	1	2	1	3	2	0	0	14
	Total			0	0	2	3	0	1	2	1	3	2	0	0	14
Total Geral				0	0	2	3	0	1	2	1	3	2	0	0	14

DEMONSTRATIVO POR PLANO			
SEGURO	ACOMODAÇÃO	PLANO	Valor
SAÚDE	APARTAMENTO	PRATA MAIS Q RC - PME + REDE TERCEIRIZADA	R\$ 8.981,12
		Total	R\$ 8.981,12
ODONTOLÓGICO	-	BRONZE 10	R\$ 0,00
		Total	R\$ 0,00

DEMONSTRATIVO TOTAL	
SUB-TOTAL	R\$8981.12
TAXA DE INSCRIÇÃO (R\$5.00 por pessoa)	R\$70.00
IOF (2,38%)	R\$215.42
TOTAL	R\$9266.54

USP - UNIDADE DE SERVIÇO PORTO SEGURO	
Planos	Valor
BRONZE E PRATA	0,36
OURO E DIAMANTE	0,38

UPO - UNIDADE PORTO ODONTOLÓGICO	
Planos	Valor
BRONZE	0,49

SEGMENTAÇÃO DOS PLANOS
- SAÚDE: *AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA *Cobertura de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia. AMBULATORIAL - Cobertura para: consultas médicas, exames simples e especiais, pequenas cirurgias (porte anestésico zero), realizadas em regime de atendimento ambulatorial. HOSPITALAR - Cobertura para: despesas hospitalares; honorários médicos, exames e tratamentos; internação hospitalar (clínicas e/ou cirúrgicas). OBSTETRÍCIA - Cobertura para partos. ODONTOLÓGICO - Cobertura de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para segmentação Odontológica.

VANTAGENS
Para a Empresa: - Atrativo importante para retenção de talentos; - Condição especial na escolha pelos dois benefícios; - Boleto único; - Gestão unificada; - Carteirinhas 100% digitais; Para os Segurados: Durante a vigência do contrato, os segurados contarão com as vantagens descritas abaixo: - Descontos de até 70% para Clientes Porto Saúde, nas drogarias e farmácias Droga Raia, Drogaria São Paulo, Drogasil, Pague Menos, Extra Farma e Pacheco*; - Central 24 horas de Atendimento próprio; - Carteirinha 100% digital; Seguro Saúde - Reeducação Postural Global (RPG) e Escleroterapia, conforme limites estabelecidos nos prestadores designados; - Rede Nacional para atendimentos urgência/emergência nas principais capitais, exceto para a linha Pro em que a rede de atendimento é regionalizada. Planos da Linha Pro SP: São Paulo, Barueri, Caieiras, Cotia, Diadema, Guarulhos, Itapevi, Mauá, Osasco, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Taboão da Serra. Planos Bronze Litoral Pro: Guarujá, Santos, Praia Grande, São Vicente, Santo André, São Bernardo do Campo, São Paulo. Planos Prata Litoral Pro: Guarujá, Santos, São Vicente, Praia Grande, São Paulo, Barueri, Guarulhos, Osasco, Santo André, São Caetano, São Bernardo do Campo, Diadema - Alô Saúde -Atendimento médico disponível a qualquer momento.** - Seu Clínico na Hora: Pronto-atendimento com hora marcada (a partir de 14 anos)** - Psicólogos Online** - Coleta Domiciliar** - Time Porto** - Seguro Viagem** - Benefícios Diamante: consulte os benefícios e diferenciais do plano Porto Saúde Diamante. Seguro Odontológico - Rede Nacional para atendimentos de urgência/emergência. - Benefício Adicional de Ortodontia: A instalação de aparelho ortodôntico é feita sem custo para o segurado desde que o tratamento ortodôntico seja realizado na rede referenciada da Porto. - Condição comercial diferenciada para tratamento com alinhadores transparentes*;

*As condições e/ou descontos poderão ser alterados sem aviso prévio. Consulte disponibilidade

**Abrangência e condições dos benefícios de acordo com o produto contratado. Consulte condições

COBERTURAS ADICIONAIS - PLANOS DIAMANTE

Durante a vigência da apólice do Seguro Saúde, os segurados contarão com as vantagens descritas abaixo:

- Assistência em viagens nacionais e internacionais, a partir de 100 quilômetros do domicílio para os planos Ouro e Diamante. Já para os planos PME PRO, assistência em viagem nacional (cobertura urgência/emergência), a partir de 70 quilômetros do domicilio.

ATENÇÃO: Preços válidos especificamente para o perfil informado. Em caso de divergência no a toda contratação, os valores estarão sujeitos à alteração. Este orçamento revoga qualquer outro orçamento que eventualmente tenha sido emitido em data(s) anterior(es). E, para que seja oferecido um atendimento completo é imprescindível que os dados cadastrais da empresa e de todos os segurados, como e-mails e números de telefones, estejam atualizados e completos.

CARÊNCIAS PARA CONTRATAÇÃO DO SEGURO SAÚDE

Para os contratos com número de participantes inferior a 30 (trinta) segurados e, desde que formalizado o pedido de ingresso do segurado titular ou dependente em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação com a pessoa jurídica, será exigido o cumprimento do seguinte prazo de carência:

ALÍNEA	EVENTOS	03 A 09 VIDAS	10 A 29 VIDAS	*REDUÇÃO 1 (3 A 12 MESES)	*REDUÇÃO 2 (ACIMA 12 MESES)
A	Urgência e Emergência	24 horas	-	24 horas	-
B	Consultas, exames simples e pequenas cirurgias (porte anestésico zero) realizadas em regime de atendimento ambulatorial.	15 dias	-	24 horas	-
C	Fisioterapias	90 dias	-	60 dias	-
D	Exames e terapias especiais e cirurgias oftalmológicas.	180 dias	-	60 dias	-
E	Internações clínicas e/ou cirúrgicas,inclusive psiquiátricas.	180 dias	-	60 dias	-
F	Partos a Termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias
	Cobertura Parcial Temporária	24 Meses	24 Meses	24 Meses	24 Meses

***São elegíveis para redução de carências as Operadoras Congêneres a seguir mencionadas:** Alice,Allianz, Amha, Amil, Ampla, Ana Costa, Assim, Ativa, Blue Med, Bradesco Saúde, Caberj Integral,Care Plus, Casf, Cassi, Cemeru, Geap, Golden Cross, Hapvida, Lincx, Medical, MedSenior, NotreDame Intermédica, Omint, One Health, Sompo, Policlin, Prevent Senior, Sami, Santa Casa SJC,Santa Saúde, Santa Tereza, São Cristóvão, São Miguel, Saúde Beneficência, Seguros Unimed,Sobam, Sulamérica, Trasmontano, Unimed (todas) e Vera Cruz.

Redução 1: Beneficiários com permanência de 3 a 12 meses em Operadoras Congêneres, em planos regulamentados (contratados a partir de 01/01/1999), desde que a data de cancelamento do plano anterior não seja superior a 60 dias.

Redução 2: Beneficiários com permanência acima de 12 meses em Operadoras Congêneres, em planos regulamentados (contratados a partir de 01/01/1999), desde que a data de cancelamento do plano anterior não seja superior a 60 dias.

03 a 29 vidas: Em caso de declaração de saúde com itens positivos para doenças e/ou lesões preexistentes haverá aplicação de CPT – Cobertura Parcial Temporária para os Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da adesão do seguro saúde, em conformidade a legislação vigente da Saúde Suplementar.

30 a 99 vidas: Não será exigido o cumprimento de carência ou Cobertura Parcial Temporária quando houver 30 (trinta) segurados ou mais no momento da contratação, salvo nos casos de inclusões fora do prazo (vide contrato).

CARÊNCIAS PARA CONTRATAÇÃO DO SEGURO ODONTOLÓGICO

Respeitadas as coberturas previstas em cada plano de seguro, para os contratos firmados com número de participantes inferior a 30 (trinta) segurados e, desde que o segurado formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica Estipulante, será exigido o cumprimento dos seguintes prazos de carência contados a partir da data de aceitação do segurado:

ESPECIALIDADES	03 A 29 VIDAS
Urgência/Emergência, Radiologia, Prevenção, Odontopediatria, e Diagnóstico	24 horas
Dentística	60 dias
Endodontia, Periodontia e Cirurgia	90 dias

Prótese ROL	180 dias

Para as inclusões de segurados fora do prazo previsto neste contrato serão considerados os seguintes prazos de carência:

ESPECIALIDADES	03 A 09 VIDAS	10 A 29 VIDAS
Urgência/Emergência	24 horas	24 horas
Diagnóstico, Radiologia, Prevenção, Odontopediatria e Dentística	90 dias	60 dias
Endodontia, Periodontia e Cirurgia	180 dias	120 dias
Prótese ROL	180 dias	180 dias

Respeitadas as coberturas previstas em cada plano de seguro, para os contratos firmados com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) segurados, enquanto mantida essa quantidade mínima e, desde que o segurado formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica Estipulante, não será exigido o cumprimento de prazos de carência. Para as inclusões de segurados fora do prazo previsto neste contrato serão considerados os seguintes prazos de carência contados a partir da data de aceitação do segurado:

COBERTURAS	30 A 99 VIDAS	A PARTIR DE 100 VIDAS
Urgência/Emergência	24 horas	24 horas
Diagnóstico, Radiologia, Prevenção, Odontopediatria e Dentística	Sem carências	Sem carências
Endodontia e Periodontia	60 dias	Sem carências
Cirurgia	Sem carências	Sem carências
Prótese ROL	60 dias	60 dias

CONDIÇÕES PARTICULARES

1. O grupo segurável deverá ser composto exclusivamente por: titular com vínculo empregatício comprovado por meio de FGTS; cônjuge ou companheiro(a); filhos até 45 (quarenta e cinco) anos de idade e os filhos inválidos de qualquer idade.
2. Aceitação de agregados sob análise: pai, mãe, padrasto, madrastra, sogro, sogra. Sobrinhos consanguíneos do titular, irmãos do titular, netos e genro/nora até 45 anos, mediante análise.
3. Estagiários poderão ser aceitos mediante análise, sendo necessária comprovação do contrato de estágio.
4. Aceitação para remidos a partir de 10 vidas para produtos Bronze Brasil, Prata Mais, Ouro Mais, Ouro Max e Diamante Mais.
5. A adesão do grupo, no início de vigência do seguro, se dará das seguintes formas:

GRUPO SEGURÁVEL	ÍNDICE MÍNIMO DE ADEÇÃO
	3 A 99 VIDAS
Funcionários, comprovados por meio de FGTS, devidamente quitada e seus respectivos dependentes elegíveis.	80%
Gestores da empresa, desde que comprovada a inclusão de todos os diretores constantes do Contrato Social, respeitando o índice mínimo de adesão.	80%
Participantes do plano empresarial anterior, mediante a apresentação da relação atualizada fornecida pela Operadora antecessora, sendo que, os participantes deverão comprovar vínculo empregatício com a empresa por meio de FGTS, bem como cópia da última fatura quitada, excluindo-se deste grupo os funcionários com admissão anterior à vigência do contrato, agregados, funcionários temporários, funcionários particulares e prestadores de serviço.	80%

6. Não serão aceitos, funcionários temporários, funcionários particulares, prestadores de serviços no produto Porto Seguro Pequenas e Médias Empresas de 03 a 99 vidas.
7. Para fins de análise e implantação pela Seguradora, a empresa deverá encaminhar os seguintes documentos:
- 03 a 29 vidas: formulário Proposta de Adesão Declaração de Saúde (PM 43.277), devidamente preenchido para cada proponente e assinado pelo proponente titular.
 - 30 a 99 vidas: formulário Questionário de Avaliação do Risco (2648.08.00.I), devidamente preenchido e assinado pelo representante legal da empresa e Proposta de Adesão – Questionário de Saúde Empresas acima de 30 vidas (14755), preenchido e assinado pelo proponente titular.
 - Cadastro da Estipulante com as assinaturas do Corretor e do responsável legal da empresa.
 - Cópia da relação do FGTS (quitado) do mês anterior à contratação do seguro.
 - Cópia da última versão do contrato social, documentação das eventuais coligadas e vínculo dos sócios.
 - Cópia da relação dos beneficiários participantes de plano anterior de saúde empresarial, emitida pela Operadora Congênere e cópia da última fatura quitada (somente quando a adesão do grupo inicial for 80% do plano anterior).
8. A Estipulante declara que tomou conhecimento da rede referenciada dos planos contratados e que está ciente da disponibilização da rede no site da Seguradora (www.portoseguro.com.br/saude), bem como suas atualizações, nos termos da legislação vigente. A rede referenciada e suas atualizações também podem ser consultadas na Central de Atendimento.
9. Canais de atendimento: Atendimento telefônico: central de atendimento pelos telefones 3366-3003 (Grande São Paulo) / 0800-727-2800 (demais localidades) / 0800-727-8736 (atendimento exclusivo para deficientes auditivos). Ouvidoria: ouvidoria.saude@portoseguro.com.br. Atendimento presencial: Rua Guaianases, 1238 - 11º andar – Lado A - Campos Elíseos - São Paulo/SP - CEP: 01204-002.
10. A opção de Rede de Atendimento Mediservice está disponível conforme abaixo:
- 10.1 Disponível para os planos Bronze Brasil, Prata, Ouro e Diamante, exceto linha PME PRO.
- 10.2 A utilização de rede Mediservice somente será permitida nas localidades onde não houver rede referenciada Porto Seguro Saúde e a contratação deverá ser por grupo familiar completo (seguro), não sendo permitido o desmembramento do mesmo.
- 10.3 Para as localidades de atendimento fora de São Paulo e Rio de Janeiro, consulte previamente a Rede Mediservice (www.mediservice.com.br/rede/).
11. **Prazo para Análise:** 20 dias contados a partir do protocolo dos documentos descritos no item 7. Durante esse período os proponentes não estarão cobertos para qualquer evento, inclusive acidente pessoal e urgências ou emergências. Desta forma, **não efetue o cancelamento de contratos vigentes antes que ocorra a conclusão do processo de aceitação.**
12. Na hipótese de cancelamento imotivado da apólice por iniciativa da Estipulante ou da Seguradora, em período inferior a 24 (vinte e quatro) meses de vigência, a parte que originou o cancelamento ficará responsável pelo pagamento, no mês subsequente à rescisão contratual, do montante correspondente a três vezes o valor médio mensal dos últimos seis prêmios emitidos. Neste caso, reconhecerá o referido montante como dívida líquida, certa, definitiva e irretratável, permanecendo como responsável por seu pagamento à parte contrária, mesmo após o encerramento do contrato, podendo este instrumento ser utilizado para propositura de ação de execução.
- 12.1 A penalidade prevista nesta cláusula também será devida em caso de rescisão contratual por inadimplência, em período inferior a 24 (vinte e quatro) meses de vigência da apólice.
13. O valor do prêmio será estabelecido de acordo com a faixa etária de cada segurado inscrito no plano. Havendo alteração na idade de qualquer segurado que implique em deslocamento de faixa etária, de acordo com a tabela abaixo, o valor do prêmio será reajustado no mês subsequente ao do aniversário.

Faixa Etária	Variação entre Faixas Etárias
0 a 18	-
19 a 23	41,26%
24 a 28	18,73%
29 a 33	19,08%
34 a 38	4,80%
39 a 43	4,27%
44 a 48	14,20%
49 a 53	21,93%
54 a 58	19,25%
59 ou mais	65,58%

14. Em conformidade com o estabelecido nas normativas editadas pela ANS, salientamos a obrigatoriedade do envio dos seguintes dados dos segurados e dependentes: nome, data de nascimento, sexo, CPF (para maiores de 18 anos), nome da mãe e endereço completo, sendo que a ausência destes dados cadastrais poderá acarretar atraso na análise da emissão da Apólice ou até mesmo a devolução da documentação para regularização.

14.1 Além dos dados citados acima, se faz necessário o envio, para todos os proponentes, dos seguintes dados cadastrais: RG (data de expedição, órgão emissor e UF) ou dados do Passaporte ou Carteira Civil (se estrangeiro), atividade principal desenvolvida e número de telefone com código DDD, sendo que, na ausência destes dados, a Seguradora, em cumprimento à normativa, poderá encaminhar a informação acerca da sua não obtenção à ANS.

15. De acordo com a Normativa n. 557/22 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, a Seguradora reserva-se o direito de solicitar à Estipulante, na qualidade de Empresário Individual, no mês de aniversário do contrato, os documentos que confirmem a manutenção da inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade junto à Receita Federal, quais sejam: Cópia do cadastro na Junta Comercial; Cartão do CNPJ/MF; Cópia do contrato registrado na Junta Comercial e/ou outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente.

16. A falta de apresentação dos documentos mencionados no item anterior que comprovem a regularidade de seu registro nos órgãos competentes poderá acarretar o cancelamento do contrato, em decorrência da ilegitimidade da Estipulante.

17. Em atendimento à Lei 12.741/12 informamos que incidem as alíquotas de 0,65% de PIS/Pasep e de 4% de COFINS sobre os prêmios de seguros / as contribuições a planos de caráter previdenciário / os pagamentos destinados a planos de capitalização, deduzidos do estabelecido em legislação específica.

18. A Estipulante declara estar ciente e concorda com as condições deste Orçamento, conforme Condições Gerais do Seguro de Reembolso de Assistência à Saúde nos Segmentos Ambulatorial, Hospitalar e Obstétrico e/ou Condições Gerais do Seguro de Assistência à Saúde no Segmento Ambulatorial, Hospitalar e Obstétrico da Linha Pro, e, seus anexos.

19. O pagamento da oferta deverá ser realizado exclusivamente por meio de boleto bancário.

20. A oferta contempla valor para contratação dos produtos Saúde + Odonto.

21. Não serão permitidos cancelamentos ou movimentações segregadas por produto, ou seja, ocorrerão de forma unificada.

22. A oferta não permite realização de upgrade no produto Odonto.

23. O plano Odontológico Bronze 10 não contempla a opção de coparticipação.

24. Este orçamento é válido para vigência em até 30 (trinta) dias da data de emissão. Após este período, efetuar nova cotação.

São Paulo -23/10/2023

ARTUR CRUZ GOMES

Ritchelli de Cassia Pina Thomazelli

LOCAL E DATA

RESPONSÁVEL DA EMPRESA

ASSINATURA DO CORRETOR



PORTO SEGURO SAÚDE ORÇAMENTO

CNPJ: 04.540.010/0001-70

TABELA GERAL DE PRÊMIOS (VALORES EM REAIS E SEM IOF) SEM COPARTICIPAÇÃO												
ACOMODAÇÃO	PLANO	COPAR	00-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	+ 59
ENFERMARIA												
APARTAMENTO	PRATA MAIS RC Q	0	330.18	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	PRATA MAIS RC Q	0	0.0	462.32	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	PRATA MAIS RC Q	0	0.0	0.0	0.0	649.51	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	PRATA MAIS RC Q	0	0.0	0.0	0.0	0.0	680.18	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	PRATA MAIS RC Q	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	708.77	0.0	0.0	0.0	0.0
	PRATA MAIS RC Q	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	808.02	0.0	0.0	0.0
	PRATA MAIS RC Q	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	983.08	0.0	0.0

TABELA GERAL DE PRÊMIOS (VALORES EM REAIS E SEM IOF) COPARTICIPAÇÃO												
ACOMODAÇÃO	PLANO	COPAR	00-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	+ 59
ENFERMARIA												
APARTAMENTO												

Atenção: A aceitação e os prêmios acima, estão condicionados à análise do risco.

CONTRATAÇÃO ADICIONAL DE REMISSÃO DE PAGAMENTO DE MENSALIDADE AOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES DO BENEFICIÁRIO TITULAR FALECIDO

1. OBJETO
Esta cláusula adicional tem por objeto garantir a continuidade do plano de seguro aos segurados em caso de falecimento do segurado titular, pelo prazo de 2 (dois) anos, sem pagamento de prêmios, somente e durante a vigência da Apólice do Seguro de Reembolso de Assistência à Saúde, desde que o pagamento do prêmio não se encontre em atraso.
2. BENEFICIÁRIOS
Para fins de validade desta cobertura, são considerados apenas os seguintes segurados dependentes, desde que cumprido o prazo de carência descrito no item 4 desta cláusula e enquanto mantiverem sua condição de dependência:
a. Cônjuge ou companheiro(a);
b. Filhos até 45 (quarenta e cinco) anos de idade;
c. Filhos inválidos de qualquer idade.
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 início de vigência desta cláusula adicional.
4. CARÊNCIA
A carência prevista nesta cláusula é de 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de início de vigência do seguro e anteriores à data de falecimento do segurado titular, exceto nos casos de morte por acidente pessoal devidamente comprovado.
5. EXCLUSÕES DE COBERTURA
Estão excluídos da cobertura desta cláusula adicional os casos em que o motivo do falecimento seja decorrente dos seguintes eventos:
a. Suicídio ou qualquer ato ilícito devidamente comprovado;
b. Simulação e fraude, de qualquer natureza, para obter vantagens indevidas com o seguro;
c. Ato reconhecidamente perigoso, voluntário, motivado por vontade do segurado e sem necessidade justificada;
d. Atos ou operações de guerras, tumultos ou outras perturbações de ordem pública quando declarados por autoridade competente;
e. Atividades esportivas e/ou profissionais de alto risco;
f. Radiação e/ou emanção nuclear ou ionizante;
g. Envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população quando declarados por autoridade competente.
6. VIGÊNCIA
6.1. A vigência da remissão terá início a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da comunicação do falecimento do segurado titular à Seguradora, acompanhada da documentação descrita no item 7 desta cláusula e desde que o falecimento tenha decorrido de evento passível de cobertura por este seguro.
6.2. Esta cobertura cessará automaticamente nas seguintes situações:
I. Quando o segurado dependente perder a condição de dependência definida no item 2 desta cláusula;
II. Quando cessar o período máximo de permanência no seguro para os ex-funcionários demitidos sem justa causa;
III. Quando cessar o período máximo de permanência no seguro para os aposentados, limitado a 2 (dois) anos, conforme definido no item 1 desta cláusula;
IV. Caso haja o cancelamento da Apólice;
V. No último dia do período definido no item 1 desta cláusula.
6.3. Cessando a cobertura nas situações indicadas no item 6.2, a repactuação do seguro deverá ser contemplada em nova Apólice.
7. DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA INÍCIO DA VIGÊNCIA DA REMISSÃO
I. Comunicação por escrito à Seguradora, solicitando a remissão;
II. Cópia da Certidão de Óbito do segurado titular;
III. Cópia dos documentos que comprovem a relação de dependência dos segurados dependentes para com o segurado titular;
IV. Cópia do Boletim de Ocorrência, quando se tratar de morte acidental.
7.1. 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.
8. DISPOSIÇÕES FINAIS
Enquanto perdurar o benefício da remissão, não serão admitidas alterações no contrato de seguro.
A cobertura adicional ora contratada é extensiva à todas subestipulantes vinculadas à Apólice do Seguro de Assistência à Saúde (com e sem reembolso).
Durante o período de remissão eventuais valores devidos a título de coparticipação serão mantidos na fatura mensal da Estipulante.
Com o término do benefício de remissão, nos termos da legislação vigente, será processada a exclusão dos segurados tendo em vista ausência de vínculo com a Estipulante, com exceção dos segurados com prazo remanescente de plano de extensão (aposentados / demitidos). E a Seguradora está desobrigada a oferecer a continuidade em um plano de seguro saúde individual, na forma do artigo 3º da Resolução CONSU n. 19 /1999 e suas alterações, tendo em vista que não comercializa essa categoria de plano de seguro.
Permanecem inalteradas todas as cláusulas e itens das Condições Gerais constantes na Apólice do Seguro de Assistência à Saúde (com e sem reembolso), não alteradas expressamente por este instrumento.

