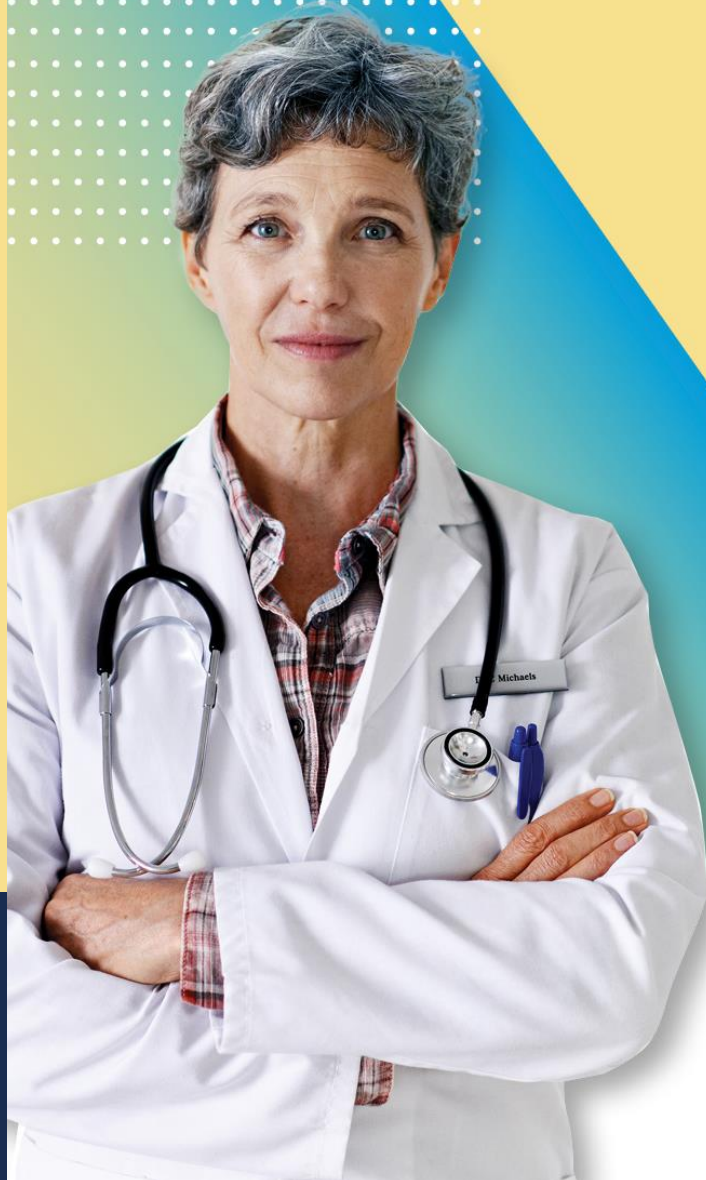




Unimed
RCP Individual

MUITO MAIS
PROTEÇÃO
PARA **QUEM**
SE DEDICA
A CUIDAR



SEGUROS
Unimed

UNIMED RCP

SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL
PROFISSIONAL PARA MÉDICOS, DENTISTAS,
VETERINÁRIOS E OUTROS PROFISSIONAIS
DA SAÚDE

Condições Gerais, Especiais e
Particulares do Seguro

Bem-vindo à Seguros Unimed

Aqui disponibilizamos a você as Condições Gerais, Condições Especiais e Particulares do **Seguro de Responsabilidade Civil Profissional para Médicos, Dentistas, Veterinários, Profissionais da saúde e demais atividades relacionadas à prestação de serviços da especialidade contratada** que contempla as coberturas e que respeitam as necessidades específicas de cada profissional, no exercício de suas funções.

Mas o que é essa tal de Condições Gerais e Especiais? Calma! Nós te explicamos tudo direitinho.

Ela traz todos os detalhes do seguro, é um documento formal, com todos os direitos, deveres, prazos, documentos, detalhes sobre coberturas etc, etc, etc.

É muito importante reservar um tempo para leitura e compreensão das cláusulas além de conhecer todas as vantagens que este seguro oferece.

Também não se preocupe se caso alguma palavra seja incomum, vá até o item DEFINIÇÕES DOS TERMOS DO SEGURO, lá você encontra diversas explicações dos termos de Seguro.

Sempre estamos à disposição para atendê-lo caso tenha qualquer dúvida em relação ao seguro.

Para mais esclarecimentos, nos contate pelos canais:

Central de Relacionamento: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

Acessibilidade e mais informações: www.segurosunimed.com.br

Mas se ainda teve algo não atendido ou respostas insatisfatórias, acione a Ouvidoria, acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565 das 9h às 18h em dias úteis

ÍNDICE

1.	PARA QUE SERVE ESTE SEGURO E QUEM PODE CONTRATAR	4
2.	OBJETIVO DO SEGURO	4
3.	COBERTURAS DO SEGURO	4
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	6
5.	FORMA DE CONTRATAÇÃO	8
6.	LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI)	9
7.	LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG)	9
8.	LIMITE AGREGADO (LA)	9
9.	FRANQUIA PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS)	9
10.	ÂMBITO GEOGRÁFICO	10
11.	PRAZO ADICIONAL	10
12.	ACEITAÇÃO DO RISCO	10
13.	DOCUMENTOS DO SEGURO	12
14.	VIGÊNCIA DO SEGURO	12
15.	RENOVAÇÃO DO SEGURO	12
16.	PERÍODO DE RETROATIVIDADE	13
17.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	13
18.	ATUALIZAÇÃO DOS VALORES CONTRATADOS	15
19.	ALTERAÇÃO DE RISCO E VALORES CONTRATADOS	16
20.	PERDA DE DIREITO	17
21.	OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	19
22.	PROCEDIMENTOS PARA ACIONAR O SEGURO – NOTIFICAÇÃO E/OU AVISO DE SINISTRO	20
23.	CONCORRÊNCIA DE APÓLICES	24
24.	TRANSFERÊNCIA DE APÓLICE	26
25.	SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS	26
26.	RESCISÃO E CANCELAMENTO	26
27.	FORO E LEGISLAÇÃO	27
28.	DEFINIÇÕES DOS TERMOS DO SEGURO	27
29.	DISPOSIÇÕES IMPORTANTES	34
	CLÁUSULA ESPECIAL PARA CHEFE DE EQUIPE	36
	CLÁUSULA ESPECIAL PARA DIRETOR CLÍNICO E/OU DIRETOR TÉCNICO	37
	CLÁUSULA ESPECIAL PARA EXTENSÃO DE COBERTURA PARA PESSOA JURÍDICA	39
	CLÁUSULA ESPECIAL PARA EXTENSÃO DO PERÍODO DE RETROATIVIDADE	40
	CLÁUSULA PARTICULAR PARA COBERTURA INTEGRAL DO PERÍODO DE RETROATIVIDADE	41
	CLÁUSULA PARTICULAR PARA EXTENSÃO DO PRAZO ADICIONAL	42
	CLÁUSULA PARTICULAR - LIMITE AGREGADO	43
	CLÁUSULA PARTICULAR - APÓLICE A SEGUNDO RISCO ABSOLUTO	44
	CLÁUSULA PARTICULAR PARA ALTERAÇÃO DO PERÍODO DE COBERTURA DA APÓLICE POR AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES	45

Condições Gerais do Seguro Unimed Responsabilidade Civil Profissional Individual

1. PARA QUE SERVE ESTE SEGURO E QUEM PODE CONTRATAR

Você se prepara durante anos para sua profissão na área da saúde, por isso precisa de segurança para exercer a sua atividade e ficar tranquilo caso algum inconveniente aconteça.

O **Unimed RCP Individual** é um seguro de **Responsabilidade Civil Profissional**, com cobertura específica para pessoas físicas, que exercem profissionalmente a atividade de **Médicos, Dentistas, Veterinários, Profissionais da saúde e demais atividades relacionadas à prestação de serviços** da especialidade contratada.

Temos um produto completo para eventuais danos materiais, morais ou corporais causados involuntariamente a terceiros, nas atividades relacionadas à prestação de serviços à saúde e/ou demais atividades relacionadas à prestação de serviços da especialidade contratada.

As coberturas garantem as perdas financeiras associadas à responsabilidade atribuída ao profissional, em consequência da prestação de serviços como atos, erros ou omissões e aos custos de defesas de ações judiciais.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1 O objetivo deste seguro é o pagamento, a título de indenização ao terceiro prejudicado ou reembolso ao Segurado, até o Limite Máximo de Garantia fixado na apólice, dos valores que o Segurado venha a ser civilmente responsável por sentença judicial transitada em julgado, processos arbitrais, decisão final proferida em processo administrativo (incluindo Órgãos de Classe) **ou por acordo previamente autorizado de modo expresso pela Seguradora**, decorrente de danos causados pela prestação de serviços médicos, odontológicos ou demais atividades relacionadas à prestação de serviços da especialidade contratada, incluindo ato do bom samaritano e a telemedicina ambos durante o ato médico, exclusivamente nas especialidades profissionais contratadas na proposta de contratação e descritas na apólice.

2.2 Este seguro garante também os custos para a defesa do Segurado decorrente de risco coberto, que compreendem as custas judiciais ou de outros meios de solução de conflitos, os honorários advocatícios e periciais, assim como as despesas necessárias para apresentar a defesa e/ou os recursos do segurado, decorrentes de atos danosos cometidos pelo Segurado contra terceiros no exercício de suas atividades profissionais, vinculados ao objeto do seguro e observado o Limite Máximo de Garantia da apólice.

3. COBERTURAS DO SEGURO

Desde que observadas todas as disposições da apólice e desde que decorrentes de atos danosos cometidos pelo Segurado contra terceiros no exercício de suas atividades profissionais, vinculados ao objeto do contrato de seguro, as coberturas abaixo previstas garantem ao Segurado, até o Limite Máximo de Garantia fixado na apólice:

3.1. Indenização ou Acordos

O pagamento de indenização ao terceiro ou o reembolso ao Segurado, em decorrência de sentença judicial transitada em julgado contra o Segurado ou por acordo entre este e os terceiros prejudicados, desde que tenha havido, neste último caso, a anuência prévia e expressa da Seguradora.

3.2. Custos de Defesa

3.2.1. Custos de defesa do Segurado em processos judiciais cíveis e/ou processos judiciais criminais, extrajudiciais (arbitrais) e/ou procedimentos administrativos, propostos por terceiros em face do Segurado, consistente em honorários de advogados, custas e despesas processuais (honorários periciais, honorários de conciliador, preparo de recursos e demais custas cobradas pelo Poder Judiciário ou Tribunal Arbitral) visando responsabilizá-lo por ato profissional em decorrência de danos corporais e/ou danos estéticos e/ou danos materiais e/ou danos morais e/ou danos existenciais e/ou perda de uma chance.

3.2.2. Os honorários advocatícios na **esfera cível ou criminal** ficam limitados **em até 20% (vinte por cento) do valor do pedido na ação judicial, limitado ao máximo de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais)**, para a atuação do advogado ou escritório de advocacia contratado pelo segurado em todas as fases processuais até o trânsito em julgado. Na **esfera extrajudicial (arbitral) e administrativa**, os honorários advocatícios ficam limitados **em até R\$ 10.000,00 (dez mil reais)** para a atuação do advogado ou escritório de advocacia contratado pelo segurado em todas as fases processuais.

3.3. Despesas Emergenciais

Despesas, devidamente comprovadas, realizadas pelo Segurado ao empreender ações emergenciais para tentar evitar e/ou minorar os danos causados a terceiros. Na ausência de comprovação, as despesas deverão ser confirmadas por vistoria e/ou perícia técnica efetuada pela Seguradora.

- a. A soma dos valores das coberturas acima aludidas não poderá exceder, na data de liquidação do sinistro, o valor então vigente do Limite Máximo de Garantia fixado na apólice.**

3.4. Despesas com Publicidade

Definem-se DESPESAS COM PUBLICIDADE: os custos, taxas e despesas com consultores em marketing contratados pelo Segurado para mitigar os efeitos adversos de sua reputação advindos de uma reclamação feita pela primeira vez durante o período de vigência da apólice por danos causados a terceiros, decorrentes do exercício de suas atividades profissionais, vinculados ao objeto do contrato de seguro.

Para as despesas com publicidade, é garantido ao Segurado, os valores de até 10% (dez por cento) do Limite Máximo de Indenização determinado na apólice e, mediante prévia autorização por escrito desta Seguradora, para o pagamento de despesas com publicidade que sejam necessárias para resguardar ao Segurado, quando houver prejuízo à sua imagem, honra ou reputação, desde que os fatos ou acontecimentos estejam relacionados a uma reclamação junto a seguradora, atrelado ao exercício de suas atividades profissionais, vinculados ao objeto do contrato de seguro, conforme especialidades descritas na apólice. Essa cobertura não abrange:

- a. A mera publicação do nome, razão social, nome fantasia, CPF ou CNPJ do Segurado associado a uma Reclamação em diários oficiais, boletins, sítios físicos ou eletrônicos de consulta de andamento de trâmites do judiciário.**

- b. A veiculação de qualquer artigo, matéria, ou reportagem jornalística que não estejam diretamente associadas a uma reclamação.

3.5. Danos a exames, laudos e/ou documentos de clientes do SEGURADO

Essa cobertura garante o pagamento dos custos e despesas necessárias, até o Limite Máximo de Indenização determinado na apólice e, mediante a prévia autorização por escrito desta Seguradora, para a restituição e reparação dos documentos danificados, caso ocorra o extravio, furto (simples ou qualificado), roubo, destruição, perda ou danos involuntários em exames, laudos e/ou documentos de clientes do SEGURADO, desde que tais documentos estejam legalmente sob sua posse para a realização de procedimento inerente à atividade profissional, vinculados ao objeto do contrato de seguro.

- a. Não estão garantidas reclamações de danos decorrentes de uso, desgaste natural, rotura e/ou deterioração gradual, seja por ação de traça ou de outros animais, ou qualquer outra circunstância.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Não estão garantidas por este seguro as quantias devidas e/ou as despendidas, pelo Segurado, para reparar, evitar e/ou minorar danos, de qualquer espécie, decorrentes de:

4.1. Atos profissionais (médicos, odontológicos ou demais especialidades relacionadas na contratação) proibidos por leis ou por regulamentações emanadas de autoridades sanitárias e demais autoridades competentes, como conselhos federais ligados à área da saúde e/ou demais especialidades contratadas, bem como descumprimento da legislação específica no que tange às normas e resoluções que estabelecem parâmetros a serem adotados na prestação de serviços da área da saúde e/ou demais atividades relacionadas à prestação de serviços da especialidade contratada.

4.2. Atos profissionais (médicos, odontológicos ou demais especialidades relacionadas na contratação) praticados pelo segurado quando sua licença para exercer a profissão estiver suspensa, revogada, expirada ou não renovada junto às entidades de classe responsáveis por este controle na época da realização do ato que ensejou a reclamação.

4.3. Realização da prestação de serviço profissional ou procedimento específico sem o devido registro, especialização, curso ou qualquer outra exigência pela legislação em vigor das Autoridades Competentes, considerando inclusive os conselhos de classe.

4.4. Os procedimentos ou ato profissional que estejam com a exigibilidade suspensa ou que foram ou vierem a ser revogadas na data da realização da prestação de serviço.

4.5. Reclamações decorrentes da recusa ou demora de atendimento, quando este ato decorrer da aprovação de operadoras de saúde e convênios e/ou outras empresas relacionadas a especialidades contratada.

4.6. Atos praticados que não tenham relação direta com a prestação de serviços da especialidade contratado dos terceiros.

4.7. A responsabilidade assumida pelo segurado, quando ela for atribuída, direta ou indiretamente, a outros médicos, dentistas, profissionais da saúde e/ou outra especialidade contratada, hospitais, planos de saúde, convênios, cooperativas de trabalho e/ou quaisquer terceiros ou instituições que não estejam devidamente descritos na apólice ou cláusula particular integrante à mesma. Ficam também excluídos, quaisquer tipos de responsabilidades atribuídas a fabricantes de remédios ou de

equipamentos para prestação de serviços na área da saúde ou de sua especialidade contratada, bem como órgãos governamentais.

4.8. Fatos geradores ocorridos em período anterior ao estabelecido pela data de retroatividade, conhecidos ou não pelo Segurado. Estarão igualmente excluídos, os fatos geradores ocorridos entre o início da data de retroatividade e o início de vigência da apólice, que sejam conhecidos pelo Segurado antes da contratação da apólice.

4.9. Erros ou omissões cometidas no exercício da profissão de médico, dentista e/ou outra atividade na área da saúde ou de outra especialidade contratada pelos quais o Segurado venha a ser civilmente responsável quando não compreendidos na(s) especialidade(s) Segurada(s) especificada(s) na proposta de contratação e na apólice.

4.10. Transmutações nucleares de qualquer natureza, com exceção de danos causados por uso terapêutico da energia nuclear.

4.11. Pedidos de reembolso de honorários profissionais, já pagos pelo segurado, sem autorização previa da seguradora, mesmo quando decorrentes de risco coberto por esta apólice.

4.12. Multas e/ou imposição de penalidades de qualquer natureza aplicadas ao Segurado.

4.13. Responsabilidades assumidas pelo Segurado por contratos, convenções, promessas, compromissos e garantias, escritas ou não, incluindo, mas não limitado ao resultado de qualquer tratamento médico, odontológico ou outra atividade da área da saúde ou de outras especialidades contratadas ministrados pelo Segurado, reclamações por resultados insatisfatórios ao desejado, propaganda, ou por qualquer outro tipo de acordo que não sejam decorrentes de obrigações civis legais.

4.14. A responsabilidade do Segurado decorrente de reclamações por atos de gestão e/ou improbidade administrativa emanada da sua atuação como proprietário, sócio, acionista, diretor, diretor executivo, administrador, diretor clínico ou cargo e/ou atribuição similar.

4.15. Qualquer tipo de reclamação apresentada contra o Segurado por seus empregados, prepostos, terceirizados, cooperados, atendentes e/ou estagiários, quanto ao seu serviço, incluindo, mas não limitado a reclamações de cunho trabalhista e previdenciária. Fica entendido e acordado que tal exclusão não se aplica quando o referido público estiver na condição de paciente.

4.16. Reclamações de terceiros por alegados atos de calúnia, injúria e/ou difamação. Ficam igualmente excluídas as reclamações decorrentes de abuso físicos, morais e sexuais praticados ou alegadamente praticados pelo Segurado, bem como qualquer tipo de discriminação, como racial ou sexual.

4.17. Enfermidades genéticas, no caso em que se determine que elas tenham sido causadas por uma manipulação genética por parte do Segurado.

4.18. Qualquer reclamação baseada na infração de direitos autorais, títulos, slogans, patentes, marcas registradas de qualquer espécie, segredos comerciais ou industriais.

4.19. Extravio, furto ou roubo de bens, inclusive veículos, dinheiro e valores, em poder do Segurado para guarda e custódia. Consideram-se valores, para efeito deste seguro: metais preciosos, pedras preciosas e semipreciosas, pérolas, joias, cheques, títulos de crédito de qualquer espécie, selos, apólices e quaisquer outros instrumentos ou contratos, negociáveis ou não, que representem dinheiro.

4.20. Danos decorrentes de atos de hostilidade ou de guerra, tumultos, greves, "lockout", rebelião, insurreição, revolução, terrorismo, confisco, nacionalização, destruição ou requisição decorrentes de qualquer ato de autoridade civil ou militar e fatos geradores similares.

4.21. Danos causados por construções, demolição, reconstrução ou alteração estrutural do imóvel, bem como qualquer tipo de obra, inclusive instalações e montagens.

4.22. Danos ambientais de qualquer natureza, incluindo, mas não limitado a contaminação, vazamento, emanção, emissão e/ou escape de substâncias poluidoras de forma súbita ou contínua. Fica entendido e acordado que estarão excluídos quaisquer tipos de reclamações relacionadas, direta ou indiretamente, asbestos e/ou derivados.

4.23. Reclamações decorrentes de produtos defeituosos e/ou com vícios, incluindo, mas não limitado a medicamentos prescritos pelo Segurado.

4.24. Danos a bens móveis e imóveis sob responsabilidade do Segurado, para guarda ou custódia, transporte, uso, manipulação ou execução de quaisquer trabalhos utilizando os referidos bens.

4.25. Reclamações decorrentes de danos causados a terceiros com a intenção de se obter qualquer tipo de vantagem pelo acesso indevido a informações por meios de sistema de computação, incluindo, acesso indevido ou transações feitas pela internet.

4.26. Atos médicos, odontológicos ou demais atividades da área da saúde ou demais especialidades contratadas praticadas com técnica, medicamentos e/ou equipamentos não reconhecidos pela ciência médica e/ou órgãos competentes e, ainda, os atos médicos envolvendo técnicas experimentais.

4.27. Reclamações de natureza concorrencial, tributária, trabalhista previdenciária. Ficam ainda excluídas, reclamações de natureza consumerista que não tenham relação com o objeto do seguro, incluindo, mas não limitado a reclamações por preços elevados, duplicidade de cobranças e/ou não fornecimento de recibos.

4.28. Danos relacionados com a existência, uso e conservação de imóveis.

4.29. Erros ou omissões decorrentes de atos ilícitos dolosos ou culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado ou seu representante legal.

4.30. Danos e perdas decorrentes de ataques cibernéticos, assim como perda, vazamento, sequestro ou roubo de dados, extorsão cibernética e contaminação, transmissão ou quaisquer ações de malware.

4.31. Falha ou defeitos ocorridos nos sistemas de computador do Segurado, bem como falha mecânica, panes elétricas, incluindo interrupção de fornecimento de energia elétrica, blecaute parcial ou total e falha de sistemas de comunicação.

4.32. Danos e perdas decorrentes de violação dos termos da Lei 13.709/18 (Lei Geral de Proteção de Dados), provocados pelo segurado, seus prepostos, controladores, operadores e/ou encarregados, responsáveis pelo tratamento dos dados disponibilizados ao segurado.

4.33. Reclamações decorrentes de insatisfação pelo resultado obtido, desde que não decorrente de erro ou omissão no exercício profissional e/ou responsabilidade civil atribuível ao segurado.

5. FORMA DE CONTRATAÇÃO

5.1. Este seguro é contratado na forma de primeiro risco absoluto, ou seja, a Seguradora responderá pelos prejuízos de sua responsabilidade, até o Limite Máximo de Garantia ou cada Limite Máximo de Indenização e Limite Agregado contratado, não se aplicando, portanto, a hipótese de rateio.

5.2. A cobertura deste seguro é através de apólice à Base de Reclamações com Notificação, que garante os sinistros reclamados ou comunicados à Seguradora entre a data de início de vigência da apólice e a

data do fim do prazo adicional, e desde que os danos ou o fato gerador tenham ocorrido durante o período de vigência da apólice ou durante o período de retroatividade. Este seguro cobre, inclusive, reclamações futuras de terceiros prejudicados, relativas a fatos ou circunstâncias ocorridos entre a data limite de retroatividade e o término de vigência da apólice, desde que tenham sido notificados pelo segurado, durante a vigência da apólice.

6. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI)

6.1. O Limite Máximo de Indenização (LMI) refere-se ao limite máximo de responsabilidade assumido pela Seguradora por cobertura em uma reclamação ou série de reclamações apresentadas contra o Segurado durante a vigência da apólice, ou se aplicável, dentro do prazo adicional, e, desde que, decorrentes do mesmo fato gerador ocorridos entre o início da data de retroatividade e fim de vigência da apólice.

6.2. Não há reintegração do Limite Máximo de Indenização das coberturas contratadas da apólice.

7. LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG)

7.1. O Limite Máximo de Garantia (LMG) refere-se ao limite máximo de responsabilidade assumido pela Seguradora em uma reclamação ou série de reclamações apresentadas contra o Segurado durante a vigência da apólice, ou se aplicável, dentro do prazo adicional, e, desde que, decorrentes do mesmo fato gerador ocorridos entre o início da data de retroatividade e fim de vigência da apólice.

7.2. Todos os prejuízos e despesas decorrentes de um mesmo fato gerador serão considerados como um único sinistro, independentemente do número de reclamantes envolvidos e quando atingido o Limite Máximo de Garantia, por pagamentos efetuados decorrentes de um mesmo fato gerador, a apólice será cancelada.

7.3. Não há reintegração do Limite Máximo de Garantia da apólice.

8. LIMITE AGREGADO (LA)

8.1. O valor do Limite Agregado é igual ao valor do Limite Máximo de Garantia, salvo menção em contrário descrita na apólice.

8.2. A cada sinistro, o Limite Agregado irá se reduzindo pelo valor do sinistro, ocorrendo o cancelamento automático da apólice, sem qualquer restituição de prêmio, quando este limite se esgotar, o que se dará quando a soma das indenizações e demais gastos e/ou despesas amparadas pelo seguro, atingir o seu limite.

8.3. Não há reintegração do Limite Agregado.

9. FRANQUIA | PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS)

9.1. A franquia e/ou participação obrigatória do Segurado (POS) estabelecida entre as partes estará descrita na apólice e/ou endossos emitidos.

9.2. Somente os montantes que ultrapassem o valor da participação obrigatória do Segurado serão alvo de análise e eventual indenização pela Seguradora, qualquer perda inferior ao valor da franquia será de responsabilidade exclusiva do Segurado.

9.3. Todas as coberturas da apólice contratada terão aplicação de participação obrigatória do Segurado,

com exceção dos custos de defesa com honorários advocatícios que não sofrem dedução de franquia.

9.4. Demais despesas decorrentes da cobertura de custos de defesa, terão a aplicabilidade da participação obrigatória do Segurado.

9.5. Caso o mesmo fato gerador dê origem a diversas reclamações, a participação obrigatória do Segurado será considerada uma única vez.

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO

10.1. O presente seguro abrangerá reclamações ocorridas e iniciadas exclusivamente em qualquer parte do território brasileiro, por terceiros residentes e domiciliados no Brasil, salvo convenção em contrário, mediante prévio acordo por escrito entre Segurado e Seguradora.

11. PRAZO ADICIONAL

11.1. Seguradora concederá ao Segurado, sem qualquer ônus, um prazo adicional, conforme especificado na apólice, garantindo o prazo mínimo de 12 (doze) meses, para a apresentação de reclamações, por terceiros, contado a partir do término de vigência da apólice, nas seguintes hipóteses:

- I. Se a Apólice não for renovada;
- II. Se a Apólice à base de reclamações for transferida para outra Seguradora que não admita, integralmente, o período de retroatividade da Apólice precedente;
- III. Se a apólice for substituída por apólice a base de ocorrência, ao final de sua vigência, na mesma sociedade Seguradora ou em outra;
- IV. Se a Apólice for cancelada, desde que o cancelamento não tenha ocorrido por determinação legal, por falta do pagamento do prêmio ou por pagamento das indenizações ter atingido o Limite Máximo de Garantia da Apólice, quando este tiver sido estabelecido.

11.2. O Prazo Adicional concedido não se aplica àquelas coberturas cujo pagamento das indenizações tenha atingido o Limite Agregado.

11.3. O Prazo Adicional se aplica às coberturas previamente contratadas e que não foram incluídas na renovação da Apólice, desde que essas não tenham sido canceladas por determinação legal, ou por falta de pagamento do prêmio.

11.4. O prazo adicional não acarreta, em hipótese alguma, a ampliação do período de vigência do Contrato de Seguro, aplicando-se tão somente aos prazos para realização da NOTIFICAÇÃO E RECLAMAÇÕES decorrentes de erros ou omissões cometidos no exercício da profissão da especialidade contratada e durante o prazo de Seguro.

12. ACEITAÇÃO DO RISCO

12.1. A contratação deste seguro deverá ser feita por meio de proposta escrita de contratação, e em alguns casos de questionário de risco, preenchidos pelo Segurado, contendo os elementos essenciais à análise para aceitação ou recusa dos riscos propostos. Deverá, também, contemplar, a informação da existência de outros seguros cobrindo os mesmos interesses. Os documentos deverão ser assinados pelo Proponente, seu Representante ou seu Corretor de Seguros desde que por expressa solicitação de qualquer um dos anteriores.

12.2. CLÁUSULA DECLARATÓRIA: para a aceitação da proposta de contratação, o Segurado deverá apresentar declaração informando desconhecer a ocorrência, durante o proposto período de retroatividade, de quaisquer fatos ou atos que poderiam dar origem, no futuro, a uma reclamação garantida pelo seguro.

Esta cláusula é aplicável tanto na contratação inicial de uma apólice à base de reclamações, quando acordado período de retroatividade anterior à data de início de vigência, quanto na hipótese de transferência da apólice para outra sociedade Seguradora, se houver manutenção, ainda que parcial, do período de retroatividade do seguro transferido.

12.3. A Seguradora terá o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contado da data do recebimento da proposta devidamente assinada pelo Proponente, por seu Representante Legal ou por Corretor de Seguros habilitado, seja para contratação de seguros novos, renovações de apólice ou endossos para alterações que impliquem modificação do risco.

12.4. A aceitação da proposta será automática, caso esta Seguradora não se manifeste no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados a partir do recebimento dela.

12.5. A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto para aceitação, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para a avaliação da proposta ou taxaço do risco.

12.6. No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou de alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

12.7. Caso a aceitação do risco dependa de contratação ou alteração de cobertura de Resseguro Facultativo, o prazo de 15 (quinze) dias acima ficará suspenso até que o Ressegurador se manifeste formalmente, devendo tal suspensão ser expressamente comunicada ao Segurado e/ou Corretor e/ou Representantes Legais do Segurado.

12.8. Em caso de não aceitação da proposta, a Seguradora enviará comunicado formal com as devidas justificativas da recusa.

12.9. Em caso de recusa de proposta com adiantamento de pagamento de prêmio, dentro dos prazos previstos nos itens anteriores, a cobertura prevalecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o Proponente, seu Representante ou Corretor de Seguros tiver conhecimento formal da recusa.

12.9.1. O valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pró rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

12.9.2. Caso ocorra algum sinistro coberto durante o prazo supra estipulado, estando o risco proposto dentro das condições normais de aceitação da Seguradora, a indenização será paga **deduzindo-se dela o total do prêmio do Seguro devido por um ano de vigência da Apólice.**

12.9.3. **O simples recebimento do valor parcial ou total do prêmio não implica em aceitação do Seguro.** Caso a proposta seja recusada pela Seguradora, esta devolverá ao Segurado o prêmio eventualmente recebido.

12.9.4. Se a restituição for feita posteriormente à data de formalização da recusa, o valor restituído

estará sujeito à atualização com base no IPCA/IBGE (ou outro índice que o venha a suceder), calculado da data da formalização da recusa até a da restituição efetuada.

12.9.5. Se a restituição for feita após 10 (dez) dias da formalização da recusa, além da atualização acima, incidirá os juros de mora definidos na cláusula de mesmo nome, destas Condições Gerais.

12.10. A emissão da apólice, do certificado ou do Endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

13. DOCUMENTOS DO SEGURO

13.1. São documentos do presente seguro: a proposta com seus anexos e, quando for o caso, o respectivo questionário e demais informações.

13.2. Nenhuma alteração nesses documentos será válida se não for feita por escrito ou digital, receber concordância de ambas as partes contratantes e estar em conformidade com o disposto no tópico “Alteração do Risco”, destas Condições Gerais.

13.3. Não é válida a presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem nos documentos citados nesta Cláusula, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

14. VIGÊNCIA DO SEGURO

14.1. O seguro é válido, desde que aceito pela Seguradora pelo período contratado, tendo seu início e término às 24 horas das datas para tal fim neles indicadas.

14.2. Exceto se o Segurado possuir outras apólices de seguro de responsabilidade civil (à base de reclamações) contratadas junto a esta Seguradora e pretender coincidir o término de vigência entre as apólices, todas por ele contratadas em uma mesma Seguradora.

14.3. Não havendo pagamento de prêmio quando do protocolo da proposta, **o início de vigência da apólice será a data de aceitação da proposta ou data distinta**, mediante prévio acordo entre Segurado e Seguradora.

14.4. Caso a proposta seja recepcionada pela Seguradora, com adiantamento para pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência, será a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

15. RENOVAÇÃO DO SEGURO

15.1. Este seguro poderá ser renovado de forma automática.

15.2. A renovação automática do seguro só poderá ser feita uma única vez e pelo mesmo prazo, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa, mediante assinatura da proposta de renovação que deve ser encaminhada à Seguradora, pelo menos 15 (quinze) dias antes do término da vigência.

15.3. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, será enviado comunicado ao segurado da decisão, em no mínimo, 30 (trinta dias) que antecedam o final de vigência da apólice.

15.4. A proposta de renovação obedecerá às normas específicas da **CLÁUSULA ACEITAÇÃO DO RISCO**, mas o início da vigência do novo contrato coincidirá com o dia e o horário de término do seguro a ser renovado.

15.5. No caso de recebimento da proposta em desacordo com o prazo estabelecido acima, a seguradora poderá fixar, em caso de aceitação, a data de início da vigência do novo contrato diferentemente da data do término do seguro objeto da renovação.

15.6. Em renovações sucessivas será obrigatória a concessão do período de retroatividade da apólice anterior.

15.7. O Segurado terá direito a fixação de data limite de retroatividade em cada renovação de uma apólice à base de reclamações, a data pactuada por ocasião da contratação da primeira apólice nesta Seguradora, facultada, mediante acordo entre as partes, a fixação de outra data, anterior àquela hipótese em que a nova data prevalecerá nas renovações futuras.

16. PERÍODO DE RETROATIVIDADE

16.1. Havendo renovações sucessivas na mesma Seguradora, esta fará constar, obrigatoriamente, em cada apólice emitida, a data retroativa de cobertura relativa à primeira de uma série de apólices renovadas ininterruptamente, que define o início do período retroativo de cobertura que garante ao Segurado as reclamações realizadas entre esta data e o início de vigência da apólice.

16.2. Assim, estarão cobertos os sinistros cujos fatos geradores tenham ocorrido durante o período retroativo de cobertura ou entre o início de vigência da apólice até o término do prazo adicional, desde que reclamados durante a vigência da apólice.

17. PAGAMENTO DO PRÊMIO

17.1. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista, ou parcelado, mediante acordo entre as partes, utilizando-se os meios de pagamento disponíveis e aceitos pela Seguradora no momento da contratação do Seguro.

17.1.1. O Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) incide sobre todas as parcelas do prêmio, inclusive emolumentos.

17.2. O prêmio do Seguro terá o seu pagamento, ou de suas parcelas, quando fracionado, efetuado por meio de documento de cobrança emitido pela Seguradora, onde constarão, pelo menos, os seguintes elementos, independentemente de outros exigidos pelas normas em vigor:

- I. A identificação do Segurado;
- II. O valor do prêmio;
- III. A data de emissão e o número da proposta de Seguro; e
- IV. A data limite para o pagamento.

17.2.1. A Seguradora encaminhará os documentos acima aludidos diretamente ao Segurado ou ao seu Representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um daqueles, ao Corretor intermediário da contratação do Seguro, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

17.2.2. A data limite para o pagamento do prêmio, ou de sua primeira parcela, será, no máximo, de 30 (trinta) dias da emissão da apólice ou endosso, respeitado o prazo previsto no subitem precedente.

17.2.3. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio estipulado nestas condições, sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, contudo, a indenização

somente será devida após o pagamento do prêmio.

17.2.4. Se o Segurado, ou o seu Representante, ou o Corretor que eventualmente intermediar a operação, não receberem o documento de cobrança, seja do prêmio à vista, ou de qualquer uma de suas parcelas, quando fracionado, no prazo aludido especificado, deverão ser solicitadas de forma registrada, à Seguradora, instruções para efetuar o pagamento antes da data limite.

17.2.5. Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte, em que houver expediente bancário.

17.3. Decorrido o prazo referido nos itens anteriores, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, o Contrato ou aditamento a ele referente ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial, salvo acordo em contrário com a Seguradora.

17.4. Fica vedado o cancelamento do Contrato de Seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.

17.5. A DIMINUIÇÃO DO RISCO NO CURSO DO CONTRATO NÃO ACARRETA A REDUÇÃO DO PRÊMIO ESTIPULADO; mas, se a redução do risco for considerável, o Segurado poderá exigir a revisão do prêmio, ou o cancelamento do Contrato.

17.6. No caso de fracionamento, os prêmios serão pagos em parcelas sucessivas, não podendo a primeira ser paga em prazo superior a 30 (trinta) dias contados da emissão da Apólice, Endosso ou Aditivo, bem como a data do vencimento da última não poderá ultrapassar a vigência da Apólice.

17.6.1. O não pagamento da primeira parcela implicará no cancelamento da Apólice de pleno direito. Não havendo qualquer cobertura para os eventuais sinistros ocorridos neste período.

17.6.2. No caso de parcelamento do pagamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas na sua data de vencimento, subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura prevista na Apólice será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, ficando a Seguradora obrigada a informar ao Segurado o novo prazo, por meio de comunicação escrita, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela a seguir:

Tabela de Prazo Curto

Prazo de Vigência	% do Prêmio Anual	Prazo de Vigência	% do Prêmio Anual
15 dias	13%	195 dias	73%
30 dias	20%	210 dias	75%
45 dias	27%	225 dias	78%
60 dias	30%	240 dias	80%
75 dias	37%	255 dias	83%
90 dias	40%	270 dias	85%
105 dias	46%	285 dias	88%
120 dias	50%	300 dias	90%
135 dias	56%	315 dias	93%
150 dias	60%	330 dias	95%
165 dias	66%	345 dias	98%
180 dias	70%	365 dias	100%

Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

17.6.3. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas da cobrança de juros equivalentes aos praticados no mercado financeiro e de atualização monetária pelo IPCA/IBGE, dentro do novo prazo de pagamento, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice.

17.6.4. Findo o novo prazo de pagamento, conforme reduzido nos termos do subitem acima, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, esta Apólice ficará imediatamente cancelada, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, ficando a Seguradora desobrigada de qualquer responsabilidade e obrigação de pagamento da indenização.

17.6.5. O Segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer parcela, com a redução do valor com base nos juros de fracionamento pactuados, ficando entendido que frações de um mês serão desconsideradas para fim de redução.

17.7. Estando o Segurado em mora durante a vigência da tabela de prazo curto acima e ocorrendo um Sinistro, fica desde já assegurado à Seguradora o direito de compensar as parcelas vencidas e não pagas com quaisquer valores devidos pela Seguradora com base na Apólice.

17.8. Quando o pagamento da indenização securitária acarretar o cancelamento deste Contrato de Seguro em função da exaustão do Limite Máximo de Garantia, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor de referida indenização, excluído o adicional de fracionamento.

17.9. O pagamento do prêmio do Seguro de forma parcelada não implicará na quitação total do mesmo até que todas as parcelas tenham sido pagas.

17.10. Em caso de parcelamento do prêmio, NÃO será cobrado valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.

17.11. Na hipótese de cancelamento do Seguro, o valor eventualmente devido a título de devolução de prêmio deverá ser atualizado pela variação do IPCA/IBGE, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

17.11.1. No caso de extinção dos índices mencionados na Apólice, deverá ser utilizado o IGP-M/FGV ou na sua ausência o que vier a substituí-lo.

18. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES CONTRATADOS

18.1. Fica expressamente pactuado o Índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para atualização, quando couber, de todos os valores contratados, inclusive a franquia e eventuais importâncias a serem pagas, devolvidas ou complementadas, observadas as disposições específicas de cada cláusula da apólice. No caso de extinção do índice pactuado, será utilizado o Índice que venha a sucedê-lo, em substituição ao previsto nesta cláusula.

18.2. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

18.3. O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros de mora far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais

valores do Contrato.

18.4. Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice do IPCA/IBGE, a partir da data em que se tornarem exigíveis:

18.4.1. No caso de cancelamento do Contrato, por iniciativa do Segurado: a data do recebimento da solicitação de cancelamento;

18.4.2. No caso de cancelamento do Contrato por iniciativa da Seguradora: a data do efetivo cancelamento;

18.4.3. No caso de recebimento indevido de prêmio: a data de recebimento do prêmio;

18.4.4. No caso de recusa da proposta: a data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.

18.5. Os valores relativos a sinistros sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice do IPCA/IBGE, considerando-se as seguintes datas de exigibilidade:

18.5.1. A data da ocorrência do evento, sempre limitados ao valor da indenização definida em sentença transitada em julgado ou em acordo judicial ou extrajudicial, mais os acréscimos legais, no caso de pagamento feito diretamente pela Seguradora ao Terceiro;

18.5.2. A data do efetivo dispêndio pelo Segurado, para as coberturas correspondentes a reembolso de indenizações ou despesas efetuadas.

19. ALTERAÇÃO DE RISCO E VALORES CONTRATADOS

19.1. O Segurado, em qualquer tempo, poderá subscrever nova proposta ou solicitar emissão de endosso, para alteração do limite da garantia contratualmente previsto, ficando a critério da Seguradora sua aceitação, ou não, e alteração do prêmio, quando couber.

19.2. Alterações do Contrato de Seguro somente poderão ser feitas mediante proposta assinada pelo Proponente, seu Representante Legal ou Corretor de Seguros habilitado, sendo que a proposta escrita à Seguradora deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.

19.2.1. A Seguradora deverá fornecer ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique o recebimento da proposta, com indicação da data e hora de recebimento.

19.2.2. Após a análise técnica necessária, a Seguradora emitirá o endosso correspondente, fato que poderá gerar cobrança de prêmio adicional ou restituição parcial do prêmio cobrado, com base no período de vigência restante.

19.3. Em caso de aceitação pela Seguradora, do aumento do limite, durante a vigência da apólice ou por ocasião da sua renovação, será utilizado o critério restritivo, ou seja, será aplicado o novo limite apenas para as reclamações relativas a danos que venham a ocorrer a partir da data de sua implementação, prevalecendo o limite anterior para reclamações relativas aos danos ocorridos anteriormente àquela data e a partir da data limite de retroatividade.

19.4. Se a alteração tornar o tipo do risco incompatível com os critérios de aceitação de riscos adotados pela Seguradora, esta poderá declinar o novo risco. Neste caso, se houver o cancelamento da Apólice, o prêmio relativo ao prazo restante, contado a partir da data da comunicação expressa sobre a alteração, será calculado na forma “pro rata temporis”.

19.5. O Segurado deverá informar à Seguradora qualquer modificação em alguma de suas

especialidades ou outras circunstâncias que possam majorar o risco contratado, cabendo à Seguradora, se o caso, cobrar o prêmio complementar. Havendo redução considerável do risco, o Segurado poderá exigir a revisão do prêmio ou o cancelamento do contrato.

19.5.1. Ao comunicar uma nova especialidade, o Segurado deverá confirmar suas demais especialidades, para que o novo conjunto, atualizado, conste do endosso à apólice, evitando assim o risco de perda de direito à indenização, conforme a cláusula “PERDA DE DIREITO” destas condições.

19.5.2. Protocolada a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para analisar o novo risco e apresentar sua deliberação em função do acima disposto. Após este prazo, não havendo qualquer manifestação da Seguradora, esta perderá o direito a qualquer cobrança adicional ou cancelamento da apólice, em decorrência da constatação de risco agravado, sendo, então, considerado o novo risco como similar ao anterior.

19.5.3. Por ocasião deste cálculo, a Seguradora poderá cobrar o prêmio adicional pela agravação do risco, relativo ao período entre a data da modificação do risco e do término de vigência, sempre na forma “pro rata temporis”.

19.5.4. Em caso de decisão de cancelar o risco agravado, informado pela Seguradora dentro de 15 (quinze) dias após o comunicado do Segurado, o cancelamento do Contrato terá vigência somente 30 (trinta) dias após o comunicado expresso da Seguradora, devendo ser restituída à diferença do prêmio do período a decorrer, calculado na forma “pro rata temporis”.

19.6. Tanto a cobrança do prêmio adicional como a restituição do prêmio, nos casos previstos nesta cláusula, estará sujeito à atualização dos valores com base no IPCA/IBGE (ou outro índice que o venha a suceder), pelo prazo entre a data de exigibilidade até a data do pagamento.

19.7. O prazo para restituição do prêmio resultante de Endosso de alteração, pela Seguradora, é de 30 (trinta) dias. Após este prazo a restituição fica sujeito a juros de mora, além da atualização do seu valor.

19.7.1. O prazo para recebimento do prêmio fica a critério da Seguradora, não podendo exceder a 30 (trinta) dias da emissão do Endosso e tampouco resultar em data inferior a 30 (trinta) dias antes do término de vigência da Apólice. Após este prazo, não havendo o pagamento, o Endosso será cancelado conforme a cláusula “PAGAMENTO DO PRÊMIO”.

19.8. Serão usadas as seguintes metodologias de cálculos dos prêmios decorrentes de alterações de riscos e valores:

- I. Nos casos de aumento de Limite Máximo de Indenização e/ou de Limite Agregado, por iniciativa do Segurado, bem como, de aumento da taxa de risco por mudança de especialidades do Segurado, os prêmios serão calculados com base na tabela de prazo curto;
- II. Nos casos de redução de Limite Máximo de Indenização e/ou de Limite Agregado, por iniciativa do Segurado, bem como redução de taxa de risco por mudança do quadro de especialidades do Segurado, os prêmios serão calculados na forma “pro rata temporis”.

20. PERDA DE DIREITO

20.1. O Segurado perderá o direito a qualquer indenização quando:

20.1.1. O SEGURADO, SEU REPRESENTANTE OU CORRETOR DE SEGUROS, FIZER DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO, PERDERÁ O DIREITO À GARANTIA, ALÉM DE FICAR OBRIGADO AO PRÊMIO

VENCIDO.

20.1.2. O Segurado está obrigado a comunicar à sociedade Seguradora, logo que saiba, qualquer evento danoso ou potencialmente danoso causado a terceiros, bem como fato suscetível de agravar o risco coberto, ressalvada a possibilidade de perda do direito à indenização se ficar comprovado que silenciou de forma consciente.

20.1.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado ou do seu Corretor de Seguros, a Seguradora poderá:

a) Na hipótese de NÃO ocorrência do sinistro:

- i. Cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;**
- ii. Permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível;**

b) Na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:

- i. Cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido;**
- ii. Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.**

a. Na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

20.1.4. Agravar intencionalmente o risco ou quando deixar de cumprir (i) qualquer das suas obrigações aqui previstas ou (ii) as normas legais em vigor, em especial, aquelas contidas nos artigos 765, 766 e 768 do Código Civil.

20.1.5. Houver tentativa de obter benefícios ilícitos deste Seguro.

20.1.6. Houver fraude ou tentativa de fraude, declarações falsas no questionário ou qualquer outro documento necessário para a avaliação do risco antes de sua contratação.

20.1.7. Houver fraude ou tentativa de fraude, declarações falsas, provocação ou simulação do sinistro, assim como agravação intencional para receber indenização.

20.1.8. O Segurado deixar de cumprir o descrito na Cláusula Aviso de Sinistro das condições gerais, especiais, particulares e contratuais do seguro.

20.1.9. Sob pena de perder o direito à indenização, o Segurado participará o sinistro à sociedade Seguradora, tão logo tome conhecimento, e adotará as providências imediatas para minorar suas consequências.

20.1.10. Não cumprimento das medidas protecionistas de riscos apresentadas formalmente pela Seguradora quando da aceitação do Seguro, medidas estas que deverão constar das especificações da Apólice;

20.2. Em caso de agravamento do risco SEM CULPA do Segurado, este, logo que saiba, fica obrigado a comunicar à Seguradora qualquer fato ou circunstância que venha a agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia;

20.3. Feita a comunicação, a Seguradora poderá, dentro do prazo de 15 (quinze) dias seguintes ao do recebimento do aviso de agravamento do risco, optar pela rescisão do Contrato, que se tornará eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, ou pela continuidade do Seguro, com cobrança adicional do prêmio, sendo que, na primeira hipótese, devolverá, no prazo de 10 (dez) dias, a diferença do prêmio correspondente ao tempo restante de vigência da apólice. Não devolvido o prêmio neste prazo, o valor a ser restituído será atualizado pelo índice definido neste Contrato para tal fim.

21. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

21.1. Além das obrigações que possam estar previstas nas demais cláusulas deste Contrato, o Segurado se obriga a seguir as condições abaixo, sob pena de suspensão, rescisão ou nulidade do Contrato de Seguro.

21.1.1. Comunicar imediatamente à Seguradora, qualquer ato, fato, carta, citação, intimação, reclamação, demanda, ou documento que se relacione com sinistro coberto por este Contrato;

21.1.2. Fornecer, em qualquer tempo, toda a documentação e informação solicitada pela Seguradora, relacionada com o sinistro, bem como, documentos necessários e antecedentes que dispuser para sua defesa, colaborando com os advogados designados;

21.1.3. Não reconhecer responsabilidade alguma perante Terceiros, por qualquer evento que possa gerar uma reclamação, nem celebrar transações e/ou acordos, sem a devida e específica autorização, por escrito, da Seguradora;

21.2. Obrigações relativas à manutenção preventiva de documentos:

21.2.1. Zelar e manter em bom estado de conservação e segurança todos os documentos relacionados com a atividade profissional exercida, inclusive prontuários, documentos fiscais e técnicos, comunicando à Seguradora, por escrito, qualquer situação que possa levar a perda, destruição ou deterioração, total ou parcial, dos citados documentos;

21.2.2. Ter adequado registro do seu atendimento através do prontuário do Paciente do seu consultório;

21.2.3. Ter os demais documentos que compõem o prontuário do Paciente, como protocolos cirúrgico e anestésico, registros de monitoração cardiológica intraoperatória, fetal e/ou resultado dos estudos complementares transcritos ou anexos ao prontuário;

21.2.4. Descrever, de forma concisa, verdadeira e ordenada, toda sua atuação médica, odontológica e/ou outra profissão da saúde, relacionada com o atendimento do Paciente, como também todos os dados objetivos sobre este e seu estado clínico, realizando anamnese, diagnósticos, indicações, evolução, epícrise e fechamento do prontuário do Paciente em todos os casos;

21.2.5. Ter no prontuário, um TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, prévio à intervenção ou tratamento do Paciente, que permita provar que este e/ou quem o representou entendeu o que foi explicado pelo Segurado. Bem como, ciência do mesmo de que estas informações poderão ser repassadas a Seguradora.

21.3. Para todo e qualquer efeito, a não entrega ou não existência da documentação acima não será motivo de recusa do sinistro, mas a indenização poderá ser prejudicada em julgamentos na esfera judicial, caso não os apresente.

21.4. Outras obrigações:

21.4.1. Dar imediata ciência à Seguradora, da contratação ou da rescisão de qualquer outro Seguro, referente aos mesmos interesses seguráveis previstos neste Contrato;

21.4.2. Respeitar, cumprir e praticar efetivamente as normas e procedimentos técnicos obrigatórios previstos neste Contrato de Seguro, que representam condições de prevenção do risco de perdas econômicas, financeiras, patrimoniais e de prestígio profissional para efeito de preservação dos seus direitos;

21.4.3. Permitir a Seguradora a prática de auditoria médico-legal na documentação clínica e demais documentos relacionados com o atendimento ao Paciente, assim como a aplicação, utilização e documentação do processo de consentimento informado, antes da aceitação da proposta, ou, em qualquer tempo, durante a vigência da Apólice;

21.4.4. Pagar em dia os prêmios do Seguro fixados nos documentos de cobrança da Seguradora ou outra forma pactuada;

21.5. O não cumprimento, por parte do Segurado, das obrigações e normas estabelecidas nesta cláusula, bem como nestas condições como um todo, poderá acarretar a suspensão ou rescisão do Contrato de Seguro, consoante a análise procedida pela Seguradora.

22. PROCEDIMENTOS PARA ACIONAR O SEGURO – NOTIFICAÇÃO E/OU AVISO DE SINISTRO

22.1. Condições básicas

22.1.1. São condições necessárias para que o segurado possa pleitear a indenização, sem prejuízo das demais disposições do contrato:

- I - Que o terceiro apresente a reclamação ao segurado durante o período de vigência da apólice ou durante o prazo adicional, quando cabível; e
- II - Que as reclamações estejam vinculadas a danos ou fatos geradores ocorridos durante a vigência da apólice ou durante o período de retroatividade.

22.1.2. Tão logo tome conhecimento, o Segurado deverá notificar à Seguradora a ocorrência de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias relevantes que possam originar uma reclamação futura por parte de terceiros, nelas indicando, da forma mais completa possível, informações do evento ocorrido, do terceiro atingido, da natureza dos danos ou lesões corporais, e suas possíveis consequências. A inobservância desta medida, por parte do segurado, poderá acarretar a perda do direito à indenização.

22.1.3. Quando válida, a notificação entregue à sociedade seguradora, dentro do período de vigência da apólice, resguarda os direitos contratuais do Segurado nas hipóteses de evento coberto em reclamações futuras.

22.1.4. Na notificação deverá estar indicada, da forma mais completa possível, os dados e particularidades tais como:

- a) Lugar, data, horário e descrição sumária do ocorrido.
- b) Se possível, nome, domicílio, estado civil, profissão ou ocupação do Terceiro prejudicado ou falecido, se for o caso, bem como o nome e domicílio de eventuais testemunhas.
- c) Natureza dos danos e/ou das lesões corporais, e suas possíveis consequências, com base em evidência documental.
- d) Procedimentos adotados para minorar os efeitos do fato gerador da notificação.

- e) A data em que o Segurado ficou ciente pela primeira vez do(s) fato(s) do fato gerador aqui notificado, bem como uma breve descrição da maneira que esse fato gerador chegou a seu conhecimento.
- f) Demais documentos que possam influir na análise do evento notificado.

22.1.5. Qualquer medida, civil, administrativa ou criminal, contra o Segurado, **inclusive intimações para ser ouvido em declarações e inquérito policial**, deverá ser imediatamente comunicada à Seguradora, antes mesmo da realização de qualquer ato processual e/ou administrativo na esfera civil ou criminal, e ainda, respeitados os prazos de comunicação estabelecidos na apólice.

22.1.6. Toda e qualquer comunicação relacionada a sinistros (reclamação formal) ou expectativas de sinistro (notificação) deverá ser feita por escrito e dirigida à Seguradora aos cuidados do Departamento de Sinistros através de preenchimento de formulário no site desta Seguradora. Será considerada como data da comunicação a data do protocolo de entrega e recebimento pelo referido Departamento da Seguradora. Se feita através de correio, igualmente será considerada a data constante do aviso de recebimento assinado pela Seguradora.

22.1.7. A notificação somente produzirá efeitos se o Segurado tiver apresentado, durante a vigência da Apólice, a notificação relacionada com o fato, ou à circunstância, que gerou a reclamação efetuada pelo Terceiro prejudicado.

22.2. A entrega da notificação, mencionada na Cláusula acima, à Seguradora produzirá os seguintes efeitos:

22.2.1. Caracterizará o sinistro como de competência da apólice;

22.2.2. Garantirá que as condições da Apólice sejam aplicadas às reclamações apresentadas à Seguradora durante o prazo de vigência, ou até o término do prazo adicional.

22.3. Caso seja feita uma reclamação por um Terceiro referente ao fato gerador notificado, os termos e os limites que serão aplicados são os do Seguro vigente na data da notificação.

22.4. Dar ciência à Seguradora da contratação ou da rescisão de qualquer outro seguro, referente aos mesmos riscos previstos na Apólice.

22.5. Fica entendido que a Seguradora reembolsará as despesas proporcionalmente à sua participação na indenização reclamada, com honorários advocatícios contratuais limitados, conforme previsto na cláusula Custos de Defesa.

22.5.1. A escolha do escritório e/ou advogado para a defesa referente ao objeto deste seguro é de livre escolha do Segurado.

22.5.2. É obrigação do Segurado informar à Seguradora, previamente, o escritório e/ou advogado nomeado para fazer a sua defesa referente ao objeto coberto por este Seguro, assim como o valor dos honorários que pretende futuramente definir com tal profissional.

22.5.3. Desde que não se vislumbre uma hipótese de não aplicação da cobertura securitária objeto da Apólice, o pagamento dos honorários poderá se dar, mediante solicitação por parte do Segurado, de forma antecipada, na medida e nas condições em que eles forem devidos ou incorridos pelo Segurado, na forma das cláusulas acima e desde que sejam encaminhados os documentos pertinentes à Seguradora.

22.6. Na hipótese de serem deferidas medidas cautelares que impliquem em arresto, sequestro, penhora, indisponibilidade de bens do Segurado, ou ainda, obrigação de pagamento antecipada, este não poderá exigir que a Seguradora substitua as garantias ou efetue pagamentos antecipados.

22.7. A Seguradora poderá intervir na ação, na qualidade de assistente. É vedado ao Segurado transigir, pagar ou tomar outras providências que possam influir no resultado das negociações ou litígios, em especial reconhecer sua responsabilidade ou confessar a ação, salvo se tiver à anuência expressa da Seguradora.

22.8. A Seguradora poderá, em qualquer tempo, declinar da qualidade de assistente da defesa na esfera civil ou criminal do Segurado, devendo, entretanto, comunicar este último, por escrito, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias.

22.9. Ao declinar da defesa, a Seguradora não se exime de sua responsabilidade de indenizar, segundo as condições e limites da apólice.

22.10. Se a Seguradora entender que a responsabilidade do sinistro, total ou parcialmente, é do Segurado, e a quantia reclamada superar os limites da Apólice, somente poderá realizar acordo, judicial ou extrajudicial, com a devida e expressa anuência do Segurado.

22.10.1. Nessa hipótese ficará à disposição do Segurado o limite e garantia previsto na apólice, ou seu saldo remanescente, se houver, podendo este, inclusive, pagar tal quantia a um Terceiro Reclamante, sempre que existir uma decisão judicial que assim o disponha.

22.11. Procedimentos do Segurado em caso de reclamação

22.11.1. Em caso de sinistro que possa vir a ser indenizado por este Contrato, deverá o Segurado, sob pena de perda de direito à indenização:

- I. Dar imediato aviso à Seguradora, pela via mais rápida ao seu alcance, por escrito e dirigida à Seguradora aos cuidados do Departamento de Sinistros através de preenchimento de formulário no site desta Seguradora, prestando todas as informações necessárias.
- II. Prestar as informações e esclarecimentos solicitados, colocando à disposição da Seguradora a documentação para comprovação ou apuração dos prejuízos.
- III. Permitir ao Representante da Seguradora o acesso aos documentos e ao local onde foi executado o ato causador do sinistro.
- IV. Não reconhecer responsabilidade alguma perante o Terceiro/Paciente, por qualquer incidente que possa gerar uma reclamação, nem celebrar transações e/ou acordos, sem a devida e específica autorização, por escrito, da Seguradora.

22.12. Documentos básicos em caso de sinistros

22.12.1. Para agilidade no processo de regulação e liquidação do sinistro, o Segurado deverá, ainda, fornecer à Seguradora, por ocasião da comunicação do sinistro, os seguintes documentos/informações:

- I. Relato detalhado do fato.
- II. Cópia da notificação, citação e/ou intimação, além de todos os documentos que ele possua, pertinentes ao evento.
- III. Cópia da Carteira de Identidade, do CPF e do documento do Conselho da classe, com a data de início do exercício da atividade profissional.

- IV.** Cópia do prontuário do Paciente e termo de consentimento, se aplicável.
- V.** Cópia do Boletim de Ocorrência Policial e/ou Laudo de Exame de Médico-Pericial do Instituto Médico-Legal ou Particular, se houver.
- VI.** Cópia de outra Apólice de Seguro de responsabilidade civil que o Segurado venha a ter com outra Seguradora, conforme a cláusula “CONCORRÊNCIA DE APÓLICES”, destas Condições Gerais.
- VII.** Cópia de recibos, Contratos de honorários advocatícios, ou de quaisquer outros documentos que devam compor a liquidação do sinistro, assim como despesas originadas pelo atendimento do sinistro, que estejam em poder do Segurado.
- VIII.** Cópia de outros documentos que a Seguradora venha a considerar necessário.
- IX.** Cópia de outros documentos e antecedentes que dispuser para sua defesa, colaborando com os advogados designados, tanto na esfera cível como na criminal.
- X.** Faculta-se à sociedade Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos.

22.13. Liquidação do Sinistro

22.13.1. Qualquer indenização por este Seguro somente será devida se o Sinistro for caracterizado como risco coberto por estas condições.

- I.** Para efeito deste Seguro, considera-se como data de exigibilidade, a data de ocorrência do fato gerador.

22.13.2. O Limite Máximo de Indenização representa o valor máximo de responsabilidade assumida pela Seguradora para cada cobertura contratada. A soma das indenizações pagas, em um único sinistro ou série de sinistros, não poderá ultrapassar o Limite Máximo de Garantia fixado para a Apólice, de conformidade com o Limite Agregado dela.

22.13.3. A condição básica deste Seguro é a de pagamento direto ao Terceiro autor da reclamação, contudo, poderá haver reembolso, a critério da Seguradora e mediante entendimento expresso com o Segurado.

22.13.4. Os atos ou providências que a Seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização reclamada.

22.13.5. Reconhecida a responsabilidade civil profissional do Segurado, nos termos destas Condições Gerais, a Seguradora indenizará em moeda corrente, o montante dos prejuízos regularmente apurados, observando os limites da Apólice, desde que feita a competente regulação do sinistro pela Seguradora.

22.13.6. A liquidação de sinistro coberto por este Contrato processar-se-á conforme as seguintes regras:

- I.** Fixada a indenização devida, seja por sentença transitada em julgado, ou por acordo judicial ou extrajudicial, a Seguradora efetuará o pagamento ao terceiro ou reembolso ao Segurado do valor a ser indenizado, excluindo-se, em qualquer hipótese, as medidas cautelares deferidas que impliquem em arresto, sequestro, penhora, indisponibilidade de bens do Segurado, ou ainda, obrigação de pagamento por tutela antecipada.
- II.** Qualquer acordo judicial ou extrajudicial com o Reclamante, seus Beneficiários ou Herdeiros,

apenas será reconhecido pela Seguradora se tiver sua prévia e expressa anuência. **Na hipótese de o Segurado recusar, prévia e expressamente, o acordo recomendado pela Seguradora, e já aceito pelo Reclamante, fica desde já acordado que a Seguradora não responderá por quaisquer quantias acima daquela pela qual seria o sinistro liquidado conforme o acordo recusado, inclusive correção monetária e juros.**

III. Se a reparação pecuniária devida pelo Segurado compreender pagamento de quantia líquida e certa e prestação de renda ou pensão, a Seguradora, dentro do Limite Máximo Indenizável, pagará, preferencialmente, o valor representado pela quantia líquida e certa.

a) Quando a Seguradora, ainda dentro daquele limite, tiver que contribuir também para o capital garantidor da renda ou pensão, o fará mediante os reembolsos mensais ao Segurado, da renda originada pela aquisição de títulos em nome deste, até atingir o valor máximo indenizável pela Apólice.

22.14. Prazo de Pagamento

22.14.1. Fixada a indenização devida, seja por sentença transitada em julgado, seja por acordo judicial ou extrajudicial, a Seguradora efetuará a indenização da importância, a que estiver obrigada, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar após apresentação dos respectivos documentos.

22.14.2. Caso os documentos apresentados não forem suficientes e a Seguradora solicitar outros, no caso de dúvida fundada e justificável, a contagem do prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, reiniciando a sua contagem a partir do dia útil subsequente aquele em que forem completamente atendidas as exigências.

22.14.3. Em caso de sinistro que dependa de regulação pelo Ressegurador, o prazo acima ficará interrompido enquanto não houver a autorização deste.

22.14.4. O não pagamento da indenização no prazo acima previsto implicará na aplicação de juros de mora, a partir do final desse prazo, sem prejuízo de sua atualização.

22.15. Sinistros decorrentes de procedimentos sucessivos

22.15.1. Em caso de sinistro causado por procedimentos sucessivos, fica entendido que será considerada como data do sinistro, a do primeiro ato, independentemente da duração dos procedimentos que provocaram o dano, sendo, a indenização, condicionada à existência de cobertura na apólice, para a data deste primeiro ato.

22.16. Vistoria do sinistro

22.16.1 A Seguradora se reserva o direito de realizar visita ao local de risco e/ou local que estiverem relacionados ao sinistro, a fim de apurar a causa do fato gerador reclamado e suas consequências, bem como o montante dos prejuízos sofridos pelo Terceiro pela efetivação do fato gerador previsto e coberto no Contrato de Seguro.

23. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

23.1. O Segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro contra os mesmos riscos, deverá comunicar a sua intenção, previamente, por escrito, a todas as Seguradoras envolvidas, sob pena de perda de direito.

23.2. O prejuízo total, relativo a qualquer sinistro amparado por cobertura contratada na apólice, será constituído pela soma das seguintes parcelas:

- 23.2.1.** Despesas, comprovadamente, efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência de danos a Terceiros, com o objetivo de reduzir sua responsabilidade;
- 23.2.2.** Valores das reparações estabelecidas em sentença judicial transitada em julgado e/ou por acordo entre as partes, nesta última hipótese com a anuência expressa das sociedades Seguradoras envolvidas.
- 23.3.** A indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em hipótese alguma, o valor do prejuízo vinculado à cobertura considerada.
- 23.4.** Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em Apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:
- 23.4.1.** Será calculada a **“indenização individual”** de cada cobertura como se o respectivo Contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, Limite Máximo de indenização da cobertura e cláusulas de rateio;
- 23.4.2.** Será calculada a **“indenização individual ajustada”** de cada cobertura, na forma abaixo indicada:
- I. Se, para uma determinada apólice, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo Limite Máximo de Garantia, a indenização individual de cada cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outras apólices serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e Limites Máximos de Indenização. O valor restante do Limite Máximo de Garantia da Apólice será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os Limites Máximos de Indenização destas coberturas.
 - II. Caso contrário, a **“indenização individual ajustada”** será a **“indenização individual”**, calculada de acordo com o item acima desta cláusula.
- 23.4.3.** Será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o item 23.4.2. desta cláusula;
- 23.4.4.** Se a quantia a que se refere o item 23.4.3. for igual ou inferior ao prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada sociedade Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o Segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;
- 23.4.5.** Se a quantia estabelecida no item 23.4.3. for maior que o prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada sociedade Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele inciso.
- 23.5.** A sub-rogação relativa a salvados operar-se-á na mesma proporção da cota de participação de cada sociedade Seguradora na indenização paga.
- 23.6.** Salvo disposição em contrário, a sociedade Seguradora que tiver participado com a maior parte da indenização ficará encarregada de negociar os salvados e repassar a quota-parte, relativa ao produto desta negociação, aos demais participantes.

24. TRANSFERÊNCIA DE APÓLICE

24.1. Em caso de transferência plena dos riscos compreendidos na apólice, para outra Sociedade Seguradora, a nova Sociedade Seguradora poderá, mediante cobrança de prêmio adicional e desde que não tenha ocorrido solução de continuidade do Seguro, conceder o período de retroatividade e desde que o período de retroatividade seja igual à vigência do Seguro na ocasião da contratação.

24.2. Uma vez fixada a data limite de retroatividade igual ou anterior à da apólice vencida a nova Sociedade Seguradora, ficará isenta da obrigatoriedade de conceder o prazo adicional.

24.3. Se a data limite de retroatividade fixada na nova apólice for posterior à data limite de retroatividade da Sociedade Seguradora precedente, o Segurado, na apólice vencida, terá direito a concessão de prazo adicional.

24.4. Na hipótese prevista no item anterior, a aplicação dos prazos adicionais ficará restrita à apresentação de reclamações de terceiros relativas aos danos ocorridos no período compreendido entre a data limite de retroatividade da apólice precedente e a data limite de retroatividade da nova apólice.

25. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

25.1. Efetuado pagamento de indenização ao terceiro e/ou reembolso ao Segurado, cujos recibos valerão como instrumento de cessão, a Seguradora ficará sub-rogada, em todos os direitos e ações do Segurado, até à soma dos valores indenizados, contra aqueles, que, por ato, fato ou omissão, tenham causado os danos ou para eles concorrido, obrigando-se o Segurado a facilitar os meios necessários ao exercício desta sub-rogação.

25.1.1. A Seguradora não poderá se valer do instituto da sub-rogação contra o Segurado.

25.1.2. Salvo dolo, a sub-rogação não terá lugar se o dano tiver sido causado pelo cônjuge do Segurado, seus descendentes ou ascendentes, consanguíneos e afins, ou, ainda, por seus empregados, prepostos, ou pessoas pelas quais o mesmo for civilmente responsável;

25.1.3. É ineficaz qualquer ato do Segurado que diminua ou extinga, em prejuízo do Segurador, os direitos a que se refere este artigo.

26. RESCISÃO E CANCELAMENTO

26.1. A expressão CANCELAMENTO DO SEGURO será utilizada se o presente seguro for dissolvido em data anterior ao término de sua vigência.

26.2. Excetuados os casos previstos em lei, **O CANCELAMENTO DO SEGURO SOMENTE PODERÁ SER EFETUADO NAS SEGUINTE HIPÓTESES:**

26.2.1. POR ESGOTAMENTO DO LIMITE AGREGADO de uma das coberturas contratadas, situação em que o cancelamento será específico para aquela cobertura;

26.2.2. Quando a indenização ou a série de indenizações pagas atingirem o Limite Máximo de Indenização para as coberturas especificamente discriminadas e/ou atingir o Limite Máximo de Garantia expressamente estabelecido na Apólice.

26.2.3. POR PERDA DE DIREITO DO SEGURADO, situação em que o cancelamento será total, abrangendo todas as coberturas contratadas;

26.2.4. Não houver o **pagamento do respectivo prêmio**, nas circunstâncias descritas no item

Pagamento de Prêmio.

26.2.5. POR RESCISÃO, situação em que o **cancelamento** é feito mediante acordo entre as partes, abrangendo quaisquer das coberturas contratadas, respeitados os riscos em curso, mediante aviso prévio de 5 (cinco) dias úteis, formulado, por escrito, por qualquer das partes, e observadas as seguintes condições:

- I. Se a rescisão for **proposta pelo Segurado**, tendo sido o Seguro contratado por 1 (um) ano:
 - i. Tendo sido pago prêmio para um período superior do início de vigência à data do cancelamento, a Seguradora emitirá um endosso com o cancelamento a partir da data de solicitação do mesmo e reterá, além das despesas e do imposto, uma percentagem do prêmio obtida de acordo com a tabela de prazo curto, adotando-se o percentual imediatamente INFERIOR quando se tratar de prazo não previsto na mesma, ou, alternativamente, calculado por interpolação linear no intervalo adequado e efetuará a devida restituição ao Segurado;
 - ii. Quando o prêmio efetivamente pago pelo Segurado, até à data de solicitação do cancelamento, conceder ao mesmo uma cobertura inferior à data de solicitação do cancelamento, fica a Seguradora autorizada a emitir o endosso de cancelamento, ajustando o prazo final de vigência da cobertura em função do prêmio efetivamente pago e, de acordo com a tabela de prazo curto, adotando-se percentual imediatamente INFERIOR, quando se tratar de prazo não previsto na tabela de prazo curto, ou, alternativamente, calculado por interpolação linear no intervalo adequado.
- II. Se a rescisão for **proposta pela Seguradora**, esta reterá, do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido ("*pro rata temporis*"), restituindo ao Segurado eventual valor remanescente.

26.3. Os valores eventualmente restituídos serão atualizados monetariamente desde a data do recebimento da solicitação do cancelamento, quando a pedido do Segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora, conforme legislação vigente.

27. FORO E LEGISLAÇÃO

27.1. Fica estabelecido que as questões judiciais entre Segurado e Seguradora serão dirimidas no foro do domicílio do Segurado. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diferente do domicílio do Segurado.

27.2. Os termos e condições deste Contrato de Seguro são regidos pelas leis brasileiras.

28. DEFINIÇÕES DOS TERMOS DO SEGURO

28.1. Abaixo estão as definições de termos e expressões específicos constantes nas Condições Gerais e, se aplicáveis, Condições Especiais e Particulares.

ACEITAÇÃO DO SEGURO: ato de aprovação de proposta submetida à Seguradora para a contratação de Seguro. A aceitação do seguro ficará sujeita à análise do risco.

AGRAVAMENTO DO RISCO: circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora.

ÂMBITO GEOGRÁFICO: local que determina a abrangência da cobertura da apólice.

APÓLICE: documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade Seguradora e do Segurado e discriminando as garantias contratadas.

APÓLICE À BASE DE OCORRÊNCIAS: aquela que define, como objeto do seguro, o pagamento e/ou o reembolso das quantias, respectivamente, devidas ou pagas a terceiros, pelo Segurado, a título de reparação de danos, estipuladas por tribunal civil ou por acordo aprovado pela Seguradora, desde que:

- a) os danos tenham ocorrido durante o período de vigência da apólice; e
- b) o Segurado pleiteie a garantia durante a vigência da apólice ou nos prazos prescricionais em vigor.

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES: aquela em que se define, como objeto do Seguro, o pagamento e/ou reembolso das quantias, respectivamente, devidas ou pagas a terceiros, pelo Segurado, a título de reparação de danos, estipuladas por tribunal civil ou por acordo aprovado pela sociedade Seguradora, desde que:

- a) Os danos tenham ocorrido durante o período de vigência da apólice ou durante o período de retroatividade contratualmente previsto;
- b) O terceiro apresente a reclamação ao Segurado:
 - 1) durante a vigência da apólice; ou
 - 2) durante o prazo adicional, quando aplicável;

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES, COM NOTIFICAÇÃO: tipo especial de contrato celebrado com Apólice à Base de Reclamações, que possibilita, ao Segurado, registrar, formalmente, junto à Seguradora, fatos ou circunstâncias danosos ou potencialmente danosos, cobertos pelo Seguro, mas ainda não reclamados, vinculando a apólice atual vigente a reclamações futuras que vierem a ser apresentadas por terceiros prejudicados. Se o Segurado não tiver registrado, na Seguradora, o evento danoso ou potencialmente danoso, e este vier a ser reclamado, no futuro, por terceiros prejudicados, poderá haver a perda do direito à indenização ou, se isto não ocorrer, será acionada a apólice que estiver em vigor por ocasião da apresentação da reclamação.

ATO DO BOM SAMARITANO: é o atendimento realizado pelo Segurado em uma emergência médica, acidente ou catástrofe que ele se encontre “in situ”, seja por causalidade ou por responder a um pedido de ajuda (SOS).

ATO ILÍCITO: toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

ATO ILÍCITO CULPOSO: ações ou omissões involuntárias, que violem direito e causem dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, decorrentes de negligência, imperícia ou imprudência do responsável, pessoa física ou jurídica.

ATO ILÍCITO DOLOSO: ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

ATO PROFISSIONAL (médico, odontológico ou demais atividades relacionados à prestação de serviços da saúde e/ou da especialidade contratada): procedimento que o Segurado devidamente habilitado junto ao Órgão de Classe, realiza junto a terceiros, incluindo, mas não limitando a consultas médicas e odontológicas, prescrições e/ou administrações de medicamentos, procedimentos cirúrgicos, tratamentos, serviços laboratoriais, laudos médicos, serviços de enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia e demais procedimentos necessários à prestação de serviços de saúde e/ou da especialidade contratada.

AVISO DE SINISTRO: é a comunicação formal específica de uma reclamação de terceiro que o Segurado é

obrigado a fazer com a finalidade de dar conhecimento imediato à Seguradora sobre ocorrência do sinistro. O aviso pode ser efetuado durante o período de vigência ou durante o prazo adicional da apólice.

CANCELAMENTO DO SEGURO OU COBERTURA: dissolução antecipada do contrato de seguro, em sua totalidade, por determinação legal, acordo, esgotamento do limite agregado da apólice, perda de direito e inadimplência do Segurado, ou parcialmente, em relação a uma determinada cobertura, por acordo ou exaurimento do limite máximo de indenização ou agregado dela. O cancelamento do Seguro, total ou parcial, por acordo entre as partes, denomina-se RESCISÃO.

COBERTURAS BÁSICAS: corresponde aos riscos básicos cobertos pelo seguro contratado.

COBERTURAS ADICIONAIS: são as coberturas complementares às coberturas básicas concedidas mediante pagamento de prêmio adicional.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto das cláusulas, comuns a todas as coberturas do seguro contratado, que determinam os direitos e deveres das partes contratantes, Segurado e Seguradora.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: conjunto de cláusulas específicas relativas às coberturas do seguro contratado, que eventualmente possam alterar as Condições Gerais.

CONDIÇÕES PARTICULARES: conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais do seguro contratado, através de modificação ou cancelamento das disposições já existentes, ou, ainda, através de introdução de novas cláusulas que eventualmente ampliem ou restrinjam a cobertura securitária contratada.

CONSELHO DE CLASSE: órgãos de classe que tem natureza consultiva e deliberativa para determinado segmento e também têm função fiscalizadora e disciplinadora das profissões regulamentadas, estabelecidos em legislação específica.

CORRETOR: profissional autorizado pelos órgãos competentes para promover a intermediação de Contratos de Seguro e sua administração.

CULPA: na Responsabilidade Civil, os atos ilícitos praticados são classificados como dolosos ou culposos. Os atos ilícitos culposos estão associados a um comportamento negligente, imprudente ou imperito.

CULPA GRAVE: a culpa grave se aproxima do dolo, sendo motivo para a perda de direito por parte do Segurado. Devido ao seu caráter jurídico especial, a culpa grave somente pode ser estabelecida por sentença de corte civil.

CUSTO DE DEFESA: são todos os emolumentos, custas, honorários advocatícios, honorários periciais, honorários do assistente técnico, encargos de tradução, depósitos recursais, fianças e demais despesas (judiciais ou extrajudiciais) necessárias para a defesa do Segurado por decorrência de uma reclamação coberta pelo presente Seguro. Não são considerados custos de defesa as despesas incorridas com qualquer procedimento que ainda não tenham se tornado uma reclamação.

DANO: é o prejuízo sofrido pelo Segurado e indenizável ou não, de acordo com as condições gerais e, se aplicáveis, especiais e particulares do seguro contratado. Os danos são classificados em corporais, estéticos, materiais e/ou morais.

DANO CORPORAL: lesão exclusivamente física causada ao corpo da pessoa. Danos classificáveis como mentais, psicológicos ou estéticos não estão abrangidos por esta definição.

DANO EMERGENTE: é o prejuízo imediato e mensurável causado a vítima no momento da ação.

DANO ESTÉTICO: se caracteriza pela redução ou eliminação permanente do padrão de beleza anterior ao ato culposos, mas sem a ocorrência de sequelas que interfiram na funcionalidade do organismo ou na saúde física do indivíduo.

DANOS EXISTENCIAIS: espécie de dano imaterial, que se caracteriza pela lesão à dignidade da pessoa humana, que a impossibilite de estabelecer a prática de um conjunto de atividades culturais, sociais, recreativas, esportivas, afetivas e familiares.

DANO MATERIAL: danos causados a propriedade tangível, entendidos neste seguro como lucros cessantes, despesas médicas e hospitalares, medicamentos, viagens, contratação de serviços de enfermeiros, psicólogos e demais prejuízos auferidos pelo reclamante decorrente de um ato médico.

DANO MORAL: lesão, praticada por outrem, ao patrimônio psíquico ou à dignidade da pessoa, ou, mais amplamente, aos direitos da personalidade, causando sofrimento, constrangimento, desconforto e/ou humilhação, independente da ocorrência conjunta de danos materiais, corporais ou estéticos. Para as pessoas jurídicas, o dano moral está associado a ofensas ao nome ou à imagem da empresa, normalmente gerando perdas financeiras indiretas, não contabilizáveis, independente da ocorrência de outros danos.

DATA DE RETROATIVIDADE: data igual ou anterior ao início da vigência da primeira de uma série sucessiva e ininterrupta de Apólices à Base de Reclamações, a ser pactuada pelas partes por ocasião da contratação inicial do Seguro.

DESPESAS EMERGENCIAIS: gastos realizados pelo Segurado em caráter de urgência, com o objetivo de tentar evitar e/ou minorar os danos causados a terceiros, desde que sejam cobertos pelo Seguro.

DOLO: é toda espécie de artifício, engano ou manejo astucioso promovido por uma pessoa com a intenção de praticar ou induzir outrem à prática de um ato jurídico premeditado e consciente; ou seja, é um, ato de má fé, fraudulento, visando prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro. Os atos dolosos não são cobertos pelo seguro.

EMOLUMENTOS: soma em dinheiro paga à Seguradora, relativa aos custos e imposto sobre operações financeiras que, acrescida ao prêmio líquido e adicional de fracionamento, representa o prêmio total da apólice ou endosso.

ENDOSSOS: documento, emitido pela Seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o Segurado.

ERRO OU OMISSÃO COMETIDO NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL: qualquer ato profissional (médico, odontológico ou demais atividades relacionadas à prestação de serviços da saúde e/ou demais atividades relacionadas à prestação de serviços da especialidade contratada) executados com culpa, assim como qualquer erro, omissão ou descumprimento do dever incorrido no exercício da especialidade segurada. Serão considerados como um único erro ou omissão, vários erros ou uma série de erros ou omissões cometidos no exercício da profissão de médico, dentista ou outros profissionais da saúde e/ou demais atividades relacionadas à prestação de serviços da especialidade contratada, durante o prazo de seguro e pelos quais o Segurado venha a ser civilmente responsável, desde que estejam relacionados entre si, derivem um do outro, tenham a mesma origem, sejam o resultado de uma mesma causa, ou tenham sido cometidos dentro do âmbito de tratamento da mesma enfermidade ou lesão do mesmo paciente.

ESPECIALIDADES SEGURADAS: atividades informadas pelo Segurado no momento da contratação do seguro que determinam a prestação de serviços profissionais que o mesmo exerce, cumprindo todos os requisitos exigidos pelos Conselhos de Classe competentes (CRM, CRO e outros) e de acordo com a

legislação em vigor na data do procedimento.

FATO GERADOR: acontecimento acidental e imprevisto que resulta em dano corporal, estético, material, existencial, moral, e/ou perda de uma chance causado a um terceiro decorrente de um ato, profissional (médico, odontológico ou demais atividades relacionadas à prestação de serviços da saúde e/ou demais atividades relacionadas à prestação de serviços da especialidade contratada) incidental coberto pela apólice. O fato gerador deve ter ocorrido entre o início da data de retroatividade e fim de vigência da apólice. Se a data do fato gerador não puder ser determinada com exatidão, ou caso não haja acordo entre Seguradora e Segurado, fica convencionado que o momento em que se deu o primeiro ato ou conduta omissiva ou comissiva definida como negligente, imprudente ou imperita. Caso a primeira conduta não possa ser definida com exatidão, fica convencionada a data que pela primeira vez o Segurado iniciou a prestação de serviços médico ao terceiro.

FRANQUIA: valor determinado na apólice pelo qual o Segurado responde obrigatoriamente pelos prejuízos de um sinistro coberto. Consiste na participação do segurado nos prejuízos advindos do sinistro. A responsabilidade da Seguradora inicia-se apenas e tão somente no que excede ao valor da franquia.

IMPERÍCIA: ato ilícito culposo, em que os danos causados são consequências diretas de ação ou omissão de caráter técnico e/ou profissional e para a qual o responsável:

- a) não está habilitado; ou
- b) embora habilitado, não adquiriu a necessária experiência; ou
- c) embora habilitado e experiente, não atingiu o nível de competência indispensável para a realização da mesma.

A imperícia pode ser vista como caso particular de imprudência.

IMPRUDÊNCIA: ato praticado sem cautela, ou de forma imoderada, ou, ainda, desprovido da preocupação de evitar erros ou enganos.

INDENIZAÇÃO: em caso de sinistro, corresponde ao pagamento e/ou reembolso, até o Limite Máximo de Garantia da Apólice (ou até o Limite Máximo de Indenização por cobertura contratada), das quantias que o Segurado foi judicialmente condenado a pagar a terceiros prejudicados, e/ou despendeu tentando evitar o sinistro ou minorar as suas consequências.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: data mencionada na apólice a partir da qual as coberturas serão garantidas pela Sociedade Seguradora.

LIMITE AGREGADO (LA): valor total máximo indenizável por cobertura no contrato de seguro, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos ou despesas relacionados aos sinistros ocorridos, sendo previamente fixado e estipulado como o produto do limite máximo de indenização por um fator superior ou igual a um. Os limites agregados estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicando.

LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG): valor máximo de responsabilidade assumida pela Seguradora em cada apólice, por evento ou série de eventos. Na hipótese de a soma das indenizações, decorrentes do mesmo fato gerador, atingirem o LMG, a apólice será cancelada.

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI): limite máximo de responsabilidade da sociedade Seguradora, por cobertura, relativo à reclamação, ou série de reclamações decorrentes do mesmo fato gerador. Os limites máximos de indenização estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicando.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS: pagamento da indenização ou reembolso relativo a um sinistro coberto pela

apólice.

NEGLIGÊNCIA: omissão, descuido ou desleixo no cumprimento de encargo ou obrigação.

NOTIFICAÇÃO: nas apólices à Base de Reclamações, com Cláusula de Notificações, é o ato por meio do qual o Segurado comunica à Seguradora, por escrito, durante a vigência da apólice, fatos ou circunstâncias potencialmente danosos, cobertos pelo Seguro, vinculando a apólice então em vigor a reclamações futuras de terceiros.

PACIENTE: pessoa que utiliza os serviços, médicos, odontológicos ou outros serviços relacionados à área da saúde, prestados pelo Segurado. Todo Paciente é um Terceiro.

PERDA DE UMA CHANCE: espécie de dano intermediário entre dano emergente e lucros cessantes, consistente na efetiva perda de uma posição mais vantajosa que muito provavelmente seria obtida, caso não tivesse ocorrido o ato ilícito.

PERÍODO DE RETROATIVIDADE: corresponde ao espaço de tempo compreendido entre a data de retroatividade e o início de vigência da apólice vigente.

PRAZO ADICIONAL: prazo extraordinário para a apresentação de reclamações ao Segurado, por parte de terceiros, concedido, obrigatoriamente, pela Seguradora, sem cobrança de qualquer prêmio adicional, tendo início na data do término de vigência da apólice não renovada.

PRÊMIO: importância paga pelo Segurado à Seguradora para que esta lhe garanta as coberturas contempladas na apólice.

PRÊMIO PERIÓDICO: valor a ser pago para a garantia do risco, com qualquer periodicidade compatível com as suas características e com a vigência da cobertura, conforme opção especificada na proposta.

PRÊMIO ÚNICO: valor a ser pago para a garantia do risco, calculado para a vigência integral da apólice, podendo ser pago à vista ou parcelado.

PRESCRIÇÃO: perda de direito de propor uma ação depois de ultrapassado o prazo que a lei determina para reclamar-se um interesse.

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO À SAÚDE: é a atividade exercida na área da Saúde, voltada ao atendimento físico e psíquico da pessoa humana, e ao atendimento físico de animais, tais como tratamentos, consultas, exames, diagnósticos, cirurgias e demais procedimentos inerentes à área da saúde.

PRIMEIRO RISCO ABSOLUTO: forma de contratação em que a Seguradora responde pelo valor integral de qualquer sinistro até o Limite Máximo de Indenização da cobertura reivindicada e/ou Limite Máximo de Garantia da apólice contratada.

PRO RATA (TEMPORIS): é o cálculo do prêmio do seguro, proporcional aos dias de vigência do contrato.

PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO: é um conjunto de atos administrativos, sucessivos e interligados, investigativos e/ou sancionatórios, praticados pela Administração Pública Direta e Indireta, por Órgãos de Classe e/ou Entidades afins, com o objetivo de apurar e/ou reprimir condutas socialmente relevantes que afrontem normas e princípios jurídicos previamente estabelecidos. O procedimento administrativo nasce com o pedido formal do interessado e se encerra com o cumprimento do ato decisório final. Classificam-se nesta modalidade, a título de exemplo, sindicâncias, processos éticos profissionais, inquéritos policiais e administrativos, dentre outros.

PROCESSO ARBITRAL: É a forma de resolver conflitos por meio de Justiça Arbitral, também denominada Arbitragem, atendida a legislação em vigor (Lei 9.307/06 e eventuais atualizações).

PROCESSO JUDICIAL: é um instrumento para materialização de um Direito legalmente previsto. O processo judicial, que representa um conjunto de atos sucessivos e interligados, nasce com a petição inicial e se encerra com o efetivo cumprimento da decisão definitiva (transitada em julgado) proferida pelo Poder Judiciário.

PROPOSTA DE SEGURO: é o instrumento que formaliza o interesse do proponente em contratar o seguro.

QUESTIONÁRIO: documento enviado pelo Segurado à Seguradora com a finalidade de analisar e dimensionar o risco objeto da cobertura do Seguro. É parte integrante da Apólice e deve ser devidamente assinado pelo Segurado ou seu Representante.

RECLAMAÇÃO: é a ação judicial ou extrajudicial, ou qualquer outro tipo de demanda pecuniária do terceiro prejudicado contra o Segurado por atos profissionais (médico, odontológico ou demais atividades relacionadas à prestação de serviços da saúde e/ou demais atividades relacionadas à prestação de serviços da especialidade contratada) danosos e cobertos pelo presente seguro.

RECLAMANTE: vítima (paciente) ou dependente que apresenta pedido de indenização ao Segurado.

REGULAÇÃO DE SINISTRO: conjunto de procedimentos realizados na ocorrência de um sinistro para apuração de suas causas, circunstâncias e valores envolvidos, com vistas à caracterização do risco ocorrido e seu enquadramento no seguro.

RESPONSABILIDADE CIVIL: é a obrigação imposta por lei, a cada um de responder pelo dano que causar a outrem. A responsabilidade civil pode provir de ação praticada pelo próprio agente ou por pessoas sob sua responsabilidade.

RISCO: evento possível, futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

RISCO EXCLUÍDO: todo evento danoso não elencado entre os riscos cobertos na Apólice de Seguro.

SEGURADO: é a pessoa física contratante do seguro, na qualidade de prestador de serviços profissionais (médico, odontológico ou demais atividades relacionadas à prestação de serviços da saúde e/ou demais atividades relacionadas à prestação de serviços da especialidade contratada), com habilitação reconhecida pelos respectivos conselhos competentes, inclusive para a especialidade objeto do seguro, devidamente designado na apólice. Caso o Segurado venha a falecer ou tornar-se incapaz civilmente, esta Apólice cobrirá, de acordo com as condições da apólice, as perdas indenizáveis decorrentes de reclamações feitas contra o espólio, seus herdeiros, cônjuges e/ou representantes legais, em decorrência de atos profissionais praticados pelo Segurado.

SEGURADORA: empresa legalmente constituída e devidamente regulamentada pela SUSEP, para assumir e gerir riscos, devidamente especificada no contrato de seguro.

SENTENÇA JUDICIAL TRANSITADA EM JULGADO: é o termo jurídico que define a decisão emanada pelo Poder Judiciário contra a qual não se pode mais interpor qualquer recurso.

SINISTRO: é a concretização de um risco coberto que se caracteriza pela atribuição, ao Segurado, da responsabilidade pela ocorrência de um evento danoso, causando danos a terceiros, atendidas as disposições do contrato. Caso não esteja coberto pelo contrato de seguro, é denominado evento danoso não coberto ou evento não coberto.

SUB-ROGAÇÃO: direito que a lei confere ao Segurador, que pagou a indenização ao terceiro ou reembolso ao Segurado, de assumir seus direitos contra os terceiros responsáveis pelos prejuízos.

SUSEP - SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS: é a autarquia com poderes de normatização,

controle e fiscalização do mercado de Seguros no Brasil.

TABELA DE PRAZO CURTO: são níveis percentuais estabelecidos neste seguro, para devolução de prêmios pagos à Seguradora, ou para determinar o prazo de vigência do seguro, no caso de não pagamento de uma das parcelas do prêmio.

TELEMEDICINA: é o procedimento a distância, realizado entre médico e paciente, cujo os atos e procedimentos sejam realizados de acordo com a regulamentação em vigor à época do ato médico, em especial, mas não se limitando, à Resolução CFM 2.314/22 e suas atualizações, bem como as normas vigentes. Estarão cobertos por este seguro, enquanto autorizados pelo Conselho Federal de Medicina, os seguintes atos médicos: a teleconsulta, telediagnóstico, teletriagem, telemonitoramento e/ou televigilância.

TELECONSULTA: é a consulta médica não presencial, regulamentada pela Resolução CFM 2.314/22 e suas atualizações.

TELEDIAGNOSTICO: é o ato médico a distância, geográfica e/ou temporal, com a transmissão de gráficos, imagens e dados para emissão de laudo ou parecer por médico com registro de qualificação de especialista (RQE) na área relacionada ao procedimento, em atenção à solicitação do médico assistente, regulamentado pela Resolução CFM 2.314/22 e suas atualizações.

TELEMONITORAMENTO E/OU TELEVIGILÂNCIA: é o ato realizado sob coordenação, indicação, orientação e supervisão por médico para monitoramento ou vigilância a distância de parâmetros de saúde e/ou doença, por meio de avaliação clínica e/ou aquisição direta de imagens, sinais e dados de equipamentos e/ou dispositivos agregados ou implantáveis nos pacientes em domicílio, em clínica médica especializada em dependência química, em instituição de longa permanência de idosos, em regime de internação clínica ou domiciliar ou no traslado de paciente até sua chegada ao estabelecimento de saúde, regulamentado pela Resolução CFM 2.314/22 e suas atualizações.

TELETRIAGEM: é o ato realizado por um médico, com avaliação dos sintomas do paciente, a distância, para regulação ambulatorial ou hospitalar, com definição e direcionamento do paciente ao tipo adequado de assistência que necessita ou a um especialista, regulamentado pela Resolução CFM 2.314/22 e suas atualizações.

TERCEIRO: trata-se do prejudicado por ato ou fato cuja responsabilidade é atribuída ao Segurado. O seguro objetiva, justamente, cobrir os prejuízos financeiros que eventualmente o Segurado venha a ter em ações civis propostas por terceiros prejudicados. Não são considerados terceiros os ascendentes, os descendentes, o cônjuge, bem como quaisquer pessoas que com o segurado residam, ou dele dependam economicamente e, ainda, o(s) empregado(s) ou preposto(s).

VIGÊNCIA DO CONTRATO: intervalo contínuo de tempo, fixado no contrato, em que o Segurado só poderá reivindicar a garantia durante a mesma, relativa a sinistros ocorridos entre a data de retroatividade, inclusive, e o término da vigência do contrato, ressalvada a possibilidade de apresentação de reivindicações da garantia durante o prazo adicional.

29. DISPOSIÇÕES IMPORTANTES

29.1. Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

29.2. A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.

29.3. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da

Susep.

29.4. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

29.5. Comunicação eletrônica: o Segurado está ciente e de acordo que quaisquer comunicações, declarações, intimações e avisos oriundas desta contratação, poderão ser efetuadas, a critério exclusivo da Seguradora, ao Segurado, pela própria Seguradora, ou qualquer terceiro por ela contratado para este fim, por meio de correspondência, bem como através de outros meios, inclusive eletrônicos, tais como: e-mail, SMS, WhatsApp ou quaisquer outros serviços de mensageria, que sejam disponibilizados e/ou utilizados pela Seguradora para esse fim.

29.6. Juros de Mora

29.6.1. Este contrato prevê a aplicação de juros de mora praticados pelo mercado financeiro, calculado mês a mês, além do índice de atualização de valores.

29.7. Canais de comunicação

29.7.1. Conheça os canais de comunicação que a Seguros Unimed oferece a você:

I. CENTRAL DE RELACIONAMENTO

0800 016 6633

SAC: 0800 016 6633 - Opção 6

Atendimento ao deficiente auditivo: 0800 770 3611

II. OUVIDORIA

www.segurosunimed.com.br/ouvidoria

ou ligue 0800 001 2565

III. ACESSIBILIDADE E MAIS INFORMAÇÕES

Demais informações, telefones de contato e horários de funcionamento

www.segurosunimed.com.br

CLÁUSULA ESPECIAL PARA CHEFE DE EQUIPE

Fica entendido e acordado que as Condições Gerais passam a vigorar acrescidas das seguintes disposições:

Para fins desta cláusula especial, define-se **CHEFE DE EQUIPE** como: Pessoa física, que garante a condução do atendimento ao paciente, lidera equipe de profissionais da área da saúde do pronto-socorro e emergência, acompanha atendimentos e relatórios gerenciais, dá suporte à equipe de profissionais da área da saúde, de enfermagem e pacientes e orienta a equipe no que for necessário.

Através do **pagamento de prêmio adicional**, esta cláusula especial garante ao Segurado, até o Limite Máximo de Garantia fixado na Apólice, a sua responsabilidade civil profissional enquanto **CHEFE DE EQUIPE** médica, odontológica ou outra profissão da área de saúde.

Estarão amparados os danos causados a Terceiros que o Segurado venha a ser civilmente responsável a reparar, pelos erros e/ou omissões cometidos pelos profissionais pelos quais seja responsável em decorrência das atribuições de seu cargo de **CHEFE DE EQUIPE** desde que os profissionais estejam devidamente registrados nos órgãos competentes (CRM, CRO ou outras entidades de classe) e que estejam exercendo as atividades dentro de suas próprias especialidades.

EXCLUSÕES

NÃO ESTARÃO COBERTOS PELO SEGURO:

1. A RESPONSABILIDADE DO SEGURADO ENQUANTO DIRETOR CLÍNICO, SALVO SE CONTRATADA A COBERTURA ESPECIAL PARA DIRETOR CLÍNICO E/OU DIRETOR TÉCNICO.

Entende-se por **DIRETOR CLÍNICO** o profissional representante e coordenador do corpo clínico no concerto administrativo do hospital e por esta razão deve ser eleito de forma direta pelos médicos da instituição. É o elo entre o Corpo Clínico e a Direção Técnica e/ou Direção Geral da instituição.

Entende-se por **DIRETOR TÉCNICO** o profissional contratado pela direção geral da instituição, e por ela remunerado, para assessorá-la em assuntos técnicos. Ele é o principal responsável pela instituição, não somente perante o Conselho, como também perante a Lei.

2. A RESPONSABILIDADE DO SEGURADO DEVIDO AOS SEUS ATOS DE GESTÃO, ENQUANTO CHEFE DE EQUIPE E/OU DIRETOR CLÍNICO E/OU DIRETOR TÉCNICO.

Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

Ratificam-se integralmente as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

CLÁUSULA ESPECIAL PARA DIRETOR CLÍNICO E/OU DIRETOR TÉCNICO

Fica entendido e acordado que as Condições Gerais passam a vigorar acrescidas das seguintes disposições:

Através do **pagamento de prêmio adicional**, esta cláusula especial garante ao Segurado, até o Limite Máximo de Garantia fixado na Apólice, a sua responsabilidade civil profissional enquanto **DIRETOR CLÍNICO** e/ou **DIRETOR TÉCNICO** de determinada instituição de saúde, não estando amparadas por esta cobertura as reclamações puramente administrativas.

Estarão amparados os danos causados a Terceiros que o Segurado venha a ser civilmente responsável a reparar:

I) Erros e/ou omissões cometidos pelos profissionais pelos quais seja responsável em decorrência das atribuições de seu cargo de **DIRETOR CLÍNICO**, desde que os profissionais estejam devidamente registrados nos órgãos competentes (CRM, CRO ou outras entidades de classe) e estejam exercendo as atividades dentro de suas próprias especialidades;

II) Erros e/ou omissões cometidos pelos profissionais em decorrência de falhas na execução de atribuições inerentes ao seu cargo de **DIRETOR TÉCNICO**, desde que os profissionais estejam devidamente registrados nos órgãos competentes (CRM, CRO ou outras entidades de classe) e estejam exercendo as atividades dentro de suas próprias especialidades;

Para fins desta cláusula especial, define-se **DIRETOR CLÍNICO** como: médico representante e coordenador do corpo clínico no concerto administrativo do hospital e por esta razão deve ser eleito de forma direta pelos médicos da instituição. É o elo entre o Corpo Clínico e a Direção Técnica e/ou Direção Geral da instituição.

São atribuições do DIRETOR CLÍNICO:

- a) Dirigir, coordenar e orientar o Corpo Clínico da instituição;
- b) Supervisionar a execução das atividades de assistência médica na instituição;
- c) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição;
- d) Promover e exigir o exercício ético da medicina;
- e) Zelar pela fiel observância do Código de Ética Médica;
- f) Observar as Resoluções do CFM e do CREMESC diretamente relacionadas à vida do Corpo Clínico da instituição.

Define-se **DIRETOR TÉCNICO** como: médico contratado pela direção geral da instituição, e por ela remunerado, para assessorá-la em assuntos técnicos. Ele é o principal responsável médico pela instituição, não somente perante o Conselho, como também perante a Lei.

São atribuições do DIRETOR TÉCNICO:

- a) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentos em vigor relacionados à assistência médica na instituição;
- b) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde, em benefício da população usuária da instituição;
- c) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética dos hospitais;
- d) Garantir a investidura nos cargos de diretor clínico e vice-diretor clínico os médicos eleitos pelos demais membros do corpo clínico;

- e) Estimular todos os seus subordinados, de qualquer profissão, a atuar dentro de princípios éticos;
- f) Impedir que, por motivos ideológicos, políticos, econômicos ou qualquer outro, um médico seja proibido de utilizar das instalações e recursos da instituição, particularmente quando se trata da única na localidade.

EXCLUSÕES

NÃO ESTARÃO COBERTOS PELO SEGURO:

1. A RESPONSABILIDADE DO SEGURADO ENQUANTO CHEFE DE EQUIPE, SALVO SE CONTRATADA A COBERTURA ESPECIAL PARA CHEFE DE EQUIPE.

Entende-se por **CHEFE DE EQUIPE** como: Pessoa física, que no exercício da profissão de médico, dentista ou outra profissão da área de saúde, executa as atividades de coordenação, chefia, perícia, auditoria e supervisão.

2. A RESPONSABILIDADE DO SEGURADO DEVIDO AOS SEUS ATOS DE GESTÃO, ENQUANTO DIRETOR CLÍNICO E/OU DIRETOR TÉCNICO E/OU CHEFE DE EQUIPE.

Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

Ratificam-se integralmente as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

CLÁUSULA ESPECIAL PARA EXTENSÃO DE COBERTURA PARA PESSOA JURÍDICA

Fica entendido e acordado que as Condições Gerais passam a vigorar acrescidas das seguintes disposições:

A Cláusula **DEFINIÇÕES DOS TERMOS DO SEGURO** passa a vigorar acrescida das seguintes definições:

MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE: é qualquer das entidades definidas no Art. 3º da Lei Complementar 123/06 e atos normativos que venham a emendá-la ou substituí-la.

PESSOA JURÍDICA DO SEGURADO: é a Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte em relação à qual o Segurado figure na condição de sócio ou titular.

A Cláusula **COBERTURAS DO SEGURO** passa a vigorar acrescida da seguinte redação:

Na hipótese de a Reclamação contra o Segurado recair também sobre a Pessoa Jurídica do Segurado, a Seguradora responderá pelos Custos de Defesa e Indenizações devidas pela Pessoa Jurídica do Segurado, desde que, cumulativamente:

- (i) Tal Reclamação esteja relacionada aos atos médicos praticados pelo Segurado;
- (ii) Tais atos médicos estejam compreendidos nas especialidades informadas pelo Segurado na proposta de contratação.

O item **Documentos básicos em caso de sinistros**, da Cláusula **REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** passa a vigorar acrescida da seguinte redação:

XI. Contrato social para a comprovação da condição de sócio ou titular do Segurado na Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte que tenha sido acionada judicialmente.

Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

Ratificam-se integralmente as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

CLÁUSULA ESPECIAL PARA EXTENSÃO DO PERÍODO DE RETROATIVIDADE

Fica entendido e acordado que as Condições Gerais passam a vigorar acrescidas das seguintes disposições:

1. Se antes da contratação do seguro, o Segurado já possuía, em outra Seguradora, apólice à base de Reclamação de Responsabilidade Civil Profissional para Médicos, Dentistas e outros Profissionais da Saúde e/ou demais atividades relacionadas à prestação de serviços da especialidade contratada, e desde que, cumulativamente:

- a) O Período de Retroatividade da apólice precedente na outra Seguradora não tenha sido integralmente assumido por este seguro;
- b) O Prazo Adicional da Apólice precedente na outra Seguradora for igual ou superior a 12 (doze) meses;
- c) O Segurado não tenha perdido o direito, na Apólice da outra Seguradora, ao Prazo Adicional;

Fica estabelecido que:

I. As reclamações associadas a fatos ou atos ocorridos antes do período de retroatividade assumido por este seguro deverão ser comunicadas na última apólice emitida pela outra Seguradora, observando seus termos e condições, até o efetivo término do Prazo Adicional nela concedido.

II. Uma vez transcorrido integralmente o Prazo Adicional contratado na outra Seguradora, este seguro assumirá, automaticamente reclamações relacionadas às coberturas, atividades e especialidades existentes na apólice precedente, a totalidade do Período de Retroatividade concedido na última Apólice contratada junto à outra Seguradora. Para novas coberturas, atividades e especialidades, a retroatividade será igual ao início de vigência da data de contratação junto a esta Seguradora, não se aplicando a extensão de retroatividade.

III. O prazo adicional deste seguro se igualará, automaticamente, ao prazo adicional da Seguradora anterior, que pode ser inferior a 36 (trinta e seis) meses.

IV. Qualquer cobertura securitária eventualmente concedida através da presente cláusula abrangerá tão somente reclamações relacionadas a fatos ou atos não conhecidos pelo Segurado no momento da contratação da primeira apólice junto à esta Seguradora.

Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

Ratificam-se integralmente as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

CLÁUSULA PARTICULAR PARA COBERTURA INTEGRAL DO PERÍODO DE RETROATIVIDADE

Fica entendido e acordado que as Condições Gerais passam a vigorar acrescidas das seguintes disposições:

Esta Cláusula Particular revoga a **Cláusula Especial para Extensão do Período de Retroatividade**, a qual concedia a respectiva retroatividade apenas após o fim do prazo adicional mínimo de 36 meses da Apólice precedente na outra Seguradora.

Desta forma, este seguro assumirá, automática e imediatamente, para novas reclamações decorrentes de eventos cobertos, a totalidade do Período de Retroatividade concedido na última Apólice contratada junto à Seguradora anterior.

Qualquer cobertura securitária eventualmente concedida através do presente endosso abrangerá tão somente reclamações relacionadas a fatos ou atos não conhecidos pelo Segurado no momento da contratação da primeira Apólice junto a esta Seguradora.

Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

Ratificam-se integralmente as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

CLÁUSULA PARTICULAR PARA EXTENSÃO DO PRAZO ADICIONAL

Fica entendido e acordado que as Condições Gerais passam a vigorar acrescidas das seguintes disposições:

Para fins desta cláusula particular, altera-se apenas o período do **PRAZO ADICIONAL** da apólice em questão de 3 (três) anos para 5 (cinco) anos, ou seja, altera-se para 5 (anos) o prazo adicional para a apresentação de reclamações de terceiros contra o Segurado, em decorrência da prestação de serviços médicos, odontológicos ou demais atividades relacionadas à prestação de serviços da saúde e/ou demais atividades relacionadas à prestação de serviços da especialidade contratada.

Para tanto, demais disposições pertinentes à **Cláusula PRAZO ADICIONAL**, das Condições Gerais da apólice permanecem inalteradas.

Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

Ratificam-se integralmente as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

CLÁUSULA PARTICULAR - LIMITE AGREGADO

Fica entendido e acordado que as Condições Gerais passam a vigorar acrescidas das seguintes disposições:

1. A **Cláusula LIMITE AGREGADO** passa a vigorar com a seguinte redação:

O valor do Limite Agregado corresponde ao resultado da multiplicação do valor do Limite Máximo de Indenização pelo percentual de Limite Agregado, ambos especificados na apólice. O Limite Agregado aplica-se no caso de mais de um sinistro, prevalecendo o Limite Máximo de Indenização no caso de um único Sinistro.

2. O item **24.13.2. da Cláusula REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** passa a vigorar com a seguinte redação:

O Limite Máximo de Indenização representa o valor máximo de responsabilidade assumida pela Seguradora para cada cobertura contratada. A soma das indenizações pagas, em um único sinistro ou série de sinistros, não poderá ultrapassar o Limite Máximo de Garantia fixado para a apólice, de conformidade com o Limite Agregado da mesma.

Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

Ratificam-se integralmente as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

CLÁUSULA PARTICULAR - APÓLICE A SEGUNDO RISCO ABSOLUTO

Fica entendido e acordado que as Condições Gerais passam a vigorar acrescidas das seguintes disposições:

1. A Cláusula **DEFINIÇÕES DOS TERMOS DO SEGURO** passa a vigorar acrescida da seguinte definição:

SEGUNDO RISCO ABSOLUTO: Seguro complementar a um seguro contratado a primeiro risco absoluto, no caso de o Segurado desejar se prevenir contra a possibilidade de ocorrência de sinistro de prejuízo superior ao previsto no primeiro contrato. A apólice a segundo risco deverá ser acionada somente se o prejuízo apurado exceder os limites contratados na apólice a primeiro risco absoluto.

2. A Cláusula **FORMA DE CONTRATAÇÃO** passa a vigorar com a seguinte redação:

Este seguro está sendo contratada na forma de Segundo Risco Absoluto e somente poderá ser acionada após esgotados, conforme aplicáveis, o Limite Máximo de Garantia, o Limite Agregado ou o Limite Máximo de Indenização da apólice subjacente, a primeiro risco absoluto. Caso acionada, aplicar-se-ão a esta apólice a segundo risco tão somente os seus próprios termos e condições, não tendo qualquer validade os termos e condições da apólice subjacente.

Antes do pagamento de qualquer indenização securitária através deste seguro, o Segurado deverá apresentar documentação comprobatória da exaustão dos limites contratados junto à apólice subjacente, sem prejuízo aos demais procedimentos e documentos necessários à Regulação do Sinistro previstos na Cláusula REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro.

A negativa de qualquer pagamento de indenização pela Seguradora detentora da apólice subjacente não torna tal pagamento de responsabilidade da Seguradora detentora da apólice a segundo risco.

Caso a negativa tenha sido motivada por exaustão dos limites contratados junto à apólice subjacente, poderá ocorrer o pagamento de indenização securitária através deste seguro, desde que observados todos os itens da presente cláusula.

O cancelamento da apólice subjacente por qualquer motivo não tornará automaticamente, a apólice desta Seguradora, em uma apólice a primeiro risco e deverá ser comunicado imediatamente a esta Seguradora, aplicando-se, a partir do momento da comunicação, o disposto da Cláusula RESCISÃO E CANCELAMENTO das Condições Gerais da apólice.

A Seguradora poderá, a seu único e exclusivo critério, oferecer ao Segurado a possibilidade de revogar a presente condição particular, efetivamente tornando este seguro a primeiro risco, mediante recebimento de prêmio adicional. Tal revogação, caso ofertada pela Seguradora e aceita pelo Segurado, somente terá efeito após o pagamento da diferença de prêmio.

Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

Ratificam-se integralmente as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

CLÁUSULA PARTICULAR PARA ALTERAÇÃO DO PERÍODO DE COBERTURA DA APÓLICE POR AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES

Fica entendido e acordado que as Condições Gerais passam a vigorar acrescidas das seguintes disposições:

Em razão do afastamento de no mínimo 30 dias, devidamente comprovado, do Segurado de suas atividades, exceto por motivos de férias ou outros motivos que não elencados abaixo, esta cláusula tem como objetivo **prorrogar o fim de vigência da apólice em andamento, por no máximo 1 (um) ano, somado todos os endossos de prorrogação da mesma natureza, alterando o seu período de cobertura.**

Período de afastamento: De **XX/XX/XXXX** até **XX/XX/XXXX**

Quantidade de dias afastados: **XXX dias**

Motivo do afastamento: **XXXXX**

Novo fim de vigência da Apólice: **XX/XX/XXXX**

As reclamações que o Segurado possa vir a receber durante o período de afastamento, devidamente comprovado, estarão amparadas desde que os fatos ou atos não tenham ocorrido no mesmo período e, além disso, que possuam respaldo contratual de acordo com as cláusulas previamente estabelecidas nas Condições Gerais do Seguro.

Reclamações decorrentes do Ato do Bom Samaritano permanecem passíveis de cobertura, ainda que os fatos ou atos corram no período de afastamento, observadas as disposições das Condições Gerais.

Esta cláusula particular será aplicada nas seguintes situações:

- I. O Segurado tenha se afastado, comprovadamente, de suas atividades laborais por motivos de saúde, incluindo, mas não se limitando, a licenças médicas por doenças, acidentes ou licença maternidade.
 - i. A comprovação poderá ocorrer por atestados médicos, laudos periciais e demais documentos comprobatórios, desde que aceitos, em quaisquer destas hipóteses, pela Seguradora após a respectiva análise; ou
- II. O Segurado tenha se afastado, comprovadamente, de suas atividades laborais para a realização de cursos e/ou especialização fora do Brasil, local do âmbito de cobertura da apólice.
 - i. A comprovação poderá ocorrer por certificados, contratos com a instituição de ensino e demais documentos comprobatórios, desde que aceitos, em quaisquer destas hipóteses, pela Seguradora após a respectiva análise.

Para garantir a cobertura o fluxo de pagamento da apólice atual deverá continuar nos vencimentos pré-estabelecidos pela vigência inicial da apólice. O não pagamento dos prêmios nos devidos vencimentos poderá implicar no cancelamento da Apólice ou na redução proporcional de sua vigência de acordo com a Tabela de Curto Prazo, ainda que o Segurado se encontre afastado de suas atividades.

Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

Ratificam-se integralmente as disposições das Condições Gerais que não tenha sido alterada pela presente Condição Particular.

UNIMED RCP INDIVIDUAL

SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL
PROFISSIONAL PARA MÉDICOS,
DENTISTAS, VETERINÁRIOS E OUTROS
PROFISSIONAIS DA SAÚDE

RAMOS ELEMENTARES

Processo SUSEP nº 15414.901977/2013-84

Versão 17 – novembro/2023



Unimed Seguros Patrimoniais S.A. - CNPJ/MF: 12.973.906/0001-71 - Reg. SUSEP 01970
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 - Cerqueira César - CEP: 01410-901 - São Paulo – SP
Central de Relacionamento e SAC: 0800 016 6633 - SAC Opção 6
Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611
Ouvidoria: www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565
Acessibilidade e mais informações: www.segurosunimed.com.br