



CONDIÇÕES GERAIS

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

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÃO



ÍNDICE:

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	03
2. APRESENTAÇÃO	03
3. GLOSSÁRIO TÉCNICO	03
4. OBJETO DO SEGURO	16
5. FORMA DE CONTRATAÇÃO	17
6. COBERTURAS E ABRANGÊNCIA	17
7. RISCOS EXCLUÍDOS	18
8. PRAZO COMPLEMENTAR E SUPLEMENTAR	22
9. PERÍODO RETROATIVO DE COBERTURA	24
10. LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA	25
11. LIMITE AGREGADO	26
12. FRANQUIA	26
13. ÂMBITO GEOGRÁFICO	26
14. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	26
15. ACEITAÇÃO DO RISCO	28
16. INSPEÇÕES	30
17. VIGÊNCIA DO SEGURO	30
18. ATUALIZAÇÃO DE VALORES CONTRATADOS	30
19. RENOVAÇÃO DO SEGURO	31
20. PAGAMENTO DO PRÊMIO	32
21. JUROS DE MORA	35
22. ALTERAÇÃO DE RISCOS E VALORES	35
23. PERDA DE DIREITO	37
24. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	38
25. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	40
26. VISTORIA DO SINISTRO	45
27. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE	45
28. TRANSFERÊNCIA DE APÓLICE	46
29. REDUÇÃO E REINTEGRAÇÃO DO LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA	47
30. RESCISÃO E CANCELAMENTO	47
31. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITO	48
32. PRESCRIÇÃO	48
33. LEGISLAÇÃO APLICÁVEL	48
34. FORO	48
35. ARBITRAGEM	49
36. CLÁUSULA ADICIONAL DE EXCLUSÃO POR ATO DE TERRORISMO	49
37. DOCUMENTOS DO SEGURO	49
38. OUVIDORIA	49
CONDIÇÕES ESPECIAIS E PARTICULARES	
39. CHEFE DE EQUIPE	51
40. EXTENSÃO DE COBERTURA PARA PESSOA JURÍDICA	53
41. EXTENSÃO DO PERÍODO DE RETROATIVIDADE	55
42. LIMITE AGREGADO	57

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Este é um Seguro Coletivo de Responsabilidade Civil Profissional, com cobertura específica para Médicos, Dentistas e Outros Profissionais da Saúde.

A aceitação deste Seguro estará sujeita à análise do risco;

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização; e

O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

2. APRESENTAÇÃO

Apresentamos as Condições Contratuais do seu Seguro Coletivo de Responsabilidade Civil Profissional para Médicos, Dentistas e Outros Profissionais da Saúde – Apólice à Base de Reclamações com Notificação, que estabelecem as formas de funcionamento das coberturas contratadas e dos riscos excluídos.

Este Seguro é regido pela legislação aplicável aos Contratos de Seguro, pelas disposições legais, específicas do Seguro de Danos, pelas presentes Condições Gerais, Específicas, Particulares e eventuais Endossos.

Serão consideradas em cada caso, somente as condições correspondentes às coberturas expressamente previstas e discriminadas nestas Condições Contratuais, desprezando-se quaisquer outras, mesmo que existentes em produto similar.

Mediante a contratação do Seguro, o Segurado declara conhecer e aceita as cláusulas limitativas que se encontram em destaque no texto destas Condições Contratuais.

3. GLOSSÁRIO TÉCNICO

Um **glossário** é uma lista alfabética de termos de um determinado domínio de conhecimento com a definição destes termos.

Os termos e as expressões a seguir definidos, tem por objetivo elucidar as dúvidas que porventura possam existir na leitura e interpretação das Condições Gerais e Especiais, bem como das Cláusulas Particulares que regem este Contrato de Seguro.

Para os fins deste Contrato de Seguro, essas palavras e expressões terão sempre os seguintes significados:

3.1. DEFINIÇÕES GERAIS

ACEITAÇÃO DO RISCO: Ato de aprovação de proposta submetida à Seguradora para a contratação de Seguro. **A proposta de Seguros poderá ou não ser aceita pela Seguradora.**

ACIDENTE: Acontecimento súbito, imprevisto e involuntário do qual resulta um dano causado ao objeto ou pessoa segurada.

ACIDENTE PESSOAL: Evento danoso, caracterizado por causar exclusivamente dano corporal, e ocorrer satisfazendo **todas** as seguintes circunstâncias: dá-se em data perfeitamente conhecida; manifesta-se de forma súbita e violenta, agindo sobre o corpo da pessoa vitimada exclusivamente a partir do exterior; não é provocado intencionalmente pela própria pessoa vitimada; é a única causa do dano corporal; resulta em morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, da vítima, ou torna necessário, para a mesma submeter-se a tratamento médico.

AGRAVAÇÃO DO RISCO: Circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora ou da extensão do dano, alterando as circunstâncias previstas na formação do Contrato.

ÂMBITO GEOGRÁFICO: Local para a abrangência da cobertura da Apólice.

APÓLICE: É o documento escrito, emitido pela Seguradora, que instrumentaliza o contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais.

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.

AVISO DE SINISTRO: É a comunicação formal específica de uma reclamação de Terceiros, efetuada durante o período de vigência da Apólice ou que seja efetuada durante o Prazo Complementar ou Prazo Suplementar, que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do sinistro.

BENEFICIÁRIOS: Pessoas físicas ou jurídicas, a quem o Segurado reconhece o direito de receber a indenização, ou parte dela, devida pelo Seguro.

BOA-FÉ: É a obrigação de agir dentro da lei e da veracidade. O Contrato de Seguro é de estrita boa fé entre as partes envolvidas.

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 da mesma. O cancelamento do Seguro, total ou parcial, por acordo entre as partes, denomina-se **RESCISÃO**.

CAUSA: No Seguro, é a antecedente indispensável de qualquer acidente ou sinistro.

CERTIFICADO ou CERTIFICADO INDIVIDUAL: Documento Legal emitido pela Seguradora em favor de um Segurado, comprovando sua inclusão em apólice coletiva. Institui as obrigações recíprocas entre Seguradora e Segurado nos termos da Apólice e especifica os limites e prazos aplicáveis à cada Segurado, tais como coberturas contratadas, franquias, Limite Máximo de Indenização, data de retroatividade e período de vigência.

CLASSE DE RISCO: Em algumas modalidades do Seguro de Responsabilidade Civil Geral, para simplificar a operação de Seguro, a grande variedade de atividades exercidas pelos Segurados torna necessária a subdivisão dos mesmos em um pequeno número de grupos. Cada um destes grupos se caracteriza por seus membros, na qualidade de Segurados, apresentarem riscos aproximadamente equivalentes, quando consideradas suas atividades e/ou os produtos por eles fornecidos. Estes grupos são denominados "classes de risco".

CLÁUSULAS CONTRATUAIS: Conjunto de disposições que regem esse Seguro, composta pelas Condições Gerais (incluindo disposições preliminares e glossário) e Cláusulas Particulares.

CLÁUSULAS PARTICULARES: Conjunto de disposições que alteram as Condições Gerais, modificando ou até revogando disposições já existentes ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.

COBERTURA: Conjunto de proteções concedidas pelo Contrato de Seguro, de conformidade com as condições contratadas.

COBERTURA BÁSICA: Corresponde aos riscos básicos contra os quais é automaticamente oferecida a cobertura do ramo de Seguro.

COBERTURA BÁSICA (SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL): Alguns ramos de Seguro, como Responsabilidade Civil Geral, apresentam diversas alternativas de coberturas principais, denominadas Coberturas Básicas ou modalidades, e que podem, em geral, ser contratadas de forma independente. As suas disposições, denominadas as Condições Especiais de cada modalidade, são reunidas no Contrato de Seguro sob o título "Condições Especiais". Uma Apólice de Seguro deve conter, além das Condições Gerais do ramo, as Condições Especiais, que estipulam as disposições de pelo menos uma Cobertura Básica.

COBERTURAS OPCIONAIS: São as coberturas complementares às coberturas básicas.

COMISSÃO: É a percentagem sobre os prêmios recebidos com que as Seguradoras remuneram o trabalho de Corretores de Seguro.

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de Seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de Seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

CONDIÇÕES PARTICULARES: Conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais de um plano de Seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.

CONTRATO DE SEGURO: Contrato que estabelece para uma das partes, mediante pagamento (prêmio) pela outra parte, a obrigação de pagar, a esta, determinada importância, no caso de ocorrência de um sinistro. É constituído de 3 (três) documentos principais, a saber, a proposta, Apólice e o Certificado Individual. Na proposta, o candidato ao Seguro fornece as informações necessárias para a avaliação do risco, e, caso a Seguradora opte pela aceitação do mesmo, é emitida o Certificado Individual, formalizando o Contrato.

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 por outrem ou por aqueles pelos quais é o mesmo responsável, são classificados como dolosos ou culposos. Os atos ilícitos culposos estão associados a um comportamento negligente, imprudente, ou imperito. Nestes casos, diz-se que há culpa em sentido estrito ("stricto sensu"). Em sentido amplo ("lato sensu"), diz-se que o responsável por um ato ilícito agiu com culpa, ou tem culpa, independente de seu ato ter sido doloso ou culposo. Portanto, no sentido amplo, culpa tem dois significados: dolo, ou culpa no sentido estrito.

CULPA GRAVE: Trata-se de graduação da culpa "stricto sensu", utilizada pela doutrina para definir uma violação mais séria do dever de diligência que se exige do homem mediano, equiparando-se, por isso ao dolo e, via de consequência, configurando justo motivo para a perda de direito por parte do Segurado.

CUSTO DE DEFESA: São todos os emolumentos, honorários advocatícios, laudos periciais, 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.

DANO: São os prejuízos e ofensas sofridos por Terceiros por ação ou omissão cuja responsabilidade seja atribuída ao Segurado. Os danos são classificados em materiais, corporais, estéticos e/ou morais.

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

DANO FÍSICO À PESSOA OU CORPORAIS: Toda ofensa causada à normalidade funcional do corpo humano, dos pontos de vista anatômico e/ou fisiológico, incluída as doenças, a invalidez, temporária ou permanente, e a morte. **NÃO** estão abrangidos por esta definição os danos morais, os danos estéticos, e os danos materiais, embora, em geral, tais danos possam ocorrer em conjunto com os danos físicos à pessoa, ou em consequência destes.

DANO MATERIAL: Danos causados a propriedade tangível, entendidos pela presente Apólice como lucros cessantes, despesa médica e hospitalar, medicamentos, viagens, contratação de serviços de enfermeiros, psicólogos e demais prejuízos auferidos pelo Terceiro Reclamante decorrente de um ato médico incidental causado a Terceiros.

DANO MORAL: Lesão, praticada por outrem, ao patrimônio psíquico ou à dignidade da pessoa, ou, mais amplamente, aos direitos da personalidade, causando sofrimento psíquico, 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.

DECADÊNCIA: É o perecimento de um direito unilateral por não ter sido exercido durante período de tempo estabelecido em lei ou pela vontade das partes. Sinônimo: caducidade.

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

DIREITO DE REGRESSO: No Seguro de Responsabilidade Civil, é o direito que tem a Seguradora de se ressarcir da indenização paga na ocasião da liquidação de um sinistro, cobrando-a do responsável direto pelo sinistro. **Restrições: o direito não pode ser exercido contra o Segurado, seus Familiares, Representantes e Prepostos, e, ainda, contra pessoas ou empresas protegidas por cláusula de renúncia à sub-rogação. Ressalte-se que o conceito de "Direito de Regresso" não se limita ao Seguro de Responsabilidade Civil, possuindo uma maior abrangência, conforme se depreende dos artigos 346 a 351 do Código Civil. Ver "Sub-rogação".**

DOLO: É toda espécie de artifício, engano ou manejo astucioso promovido por uma pessoa, com a intenção de induzir outrem a prática de um ato jurídico, em prejuízo deste e proveito próprio ou de outrem, ou seja, é um, ato de má fé, fraudulento, visando prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro.

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

ENDOSSOS: É o documento expedido pela Seguradora, durante a vigência do Contrato, pelo qual esta e o Segurado acordam quanto a alteração de dados, modificam as condições ou o objeto do Seguro.

ESPECIALIDADE SEGURADA: A prestação de serviços e tratamentos profissionais por parte do Garantido/Segurado no âmbito do exercício da profissão e especialidade designadas na Especificação da Apólice e em qualquer outro documento que faça parte da Apólice. Se não for designada, será considerada “especialidade segurada” a profissão e a especialidade exercida no momento da assinatura da proposta deste Seguro, sempre que o Garantido/Segurado estiver habilitado para o seu exercício, cumprindo todos os requisitos exigidos pelas autoridades competentes.

ESTIPULANTE: A pessoa jurídica que contrata Apólice coletiva de Seguros, ficando investida dos poderes de representação dos Segurados perante as Seguradoras.

EVENTO: No Seguro de Responsabilidade Civil, é qualquer acontecimento em que são produzidos, ou alegados, danos, e a partir do qual é invocada, justificadamente ou não, por Terceiros pretensamente prejudicados, a Responsabilidade Civil do Segurado. Comprovada a existência de danos, trata-se de um "evento danoso". Se for atribuído judicialmente à Responsabilidade Civil do Segurado e atender as definições de cláusula de Risco Coberto de cobertura contratada, pelo Segurado, trata-se de um "sinistro". Caso contrário, é denominado "evento danoso não coberto", ou, ainda, "evento não coberto", estando a Seguradora, neste caso, isenta de responsabilidade. O termo "acidente" é utilizado quando o evento danoso ocorre de forma súbita, imprevista e exterior à vítima ou à coisa atingida. No caso de acidentes que causem, à vítima, invalidez permanente, morte ou necessidade de tratamento médico, utiliza-se o termo "acidente pessoal".

EXTRAVIO DE DOCUMENTOS: Se caracterizam com o desaparecimento de documentos por motivo de força maior ou caso fortuito.

FATO GERADOR: Acontecimento acidental e imprevisto que resulta em dano corporal, estético, material e/ou moral causado a um Terceiro decorrente de um ato médico incidental coberto pela 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 Reclamante.

FRANQUIA: Valor determinado até o qual o Segurado responde obrigatoriamente pelos prejuízos de um Sinistro coberto. A responsabilidade da Seguradora inicia-se apenas e tão somente no que excede o valor da franquia.

FURTO DE DOCUMENTOS: Se caracteriza pela subtração, quando **não** há emprego de qualquer força ou violência para obtenção de documentos e, quando qualificado se caracteriza pela subtração mediante destruição ou rompimento de obstáculo, bem como abuso de confiança, para obtenção dos documentos.

GARANTIA: Nos Seguros de Responsabilidade Civil, o termo é usado com vários sentidos:

- a) Como sinônimo do próprio Contrato de Seguro (artigo 780 do Código Civil);
- b) Significando o valor limite, previsto no Contrato, por cujo pagamento e/ou reembolso a Seguradora se responsabiliza, em decorrência de sinistro; ver "Limite Máximo de Garantia da Apólice" e os artigos 778 e 781 do Código Civil;
- c) Para especificar as opções de contratação do Seguro de Responsabilidade Civil, a saber, "Garantia Única" ou "Garantia Tríplex"; e
- d) No sentido de compromisso ou aval, da Seguradora para com o Segurado, pois aquela "garante" o pagamento de perdas e danos devidos por este a Terceiro, em caso de sinistro (ver artigo 787 do Código Civil).

GERENCIAMENTO DE RISCO: O conjunto de medidas destinadas a identificar os riscos pelos quais o profissional médico, dentista e/ou auxiliar da medicina pode incorrer na sua atividade, objetivando prevenir ou minimizar os danos e/ou perdas derivados de um eventual sinistro.

GRUPO SEGURADO: Totalidade de pessoas físicas ou jurídicas aceitas e inscritas na Apólice Coletiva.

GRUPO SEGURÁVEL: Totalidade das pessoas físicas ou jurídicas vinculadas ao Estipulante que podem aderir ao seguro.

INDENIZAÇÃO: No Seguro de Responsabilidade Civil, em caso de sinistro, corresponde ao pagamento e/ou reembolso, até o Limite Máximo de Garantia (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.

ÍNDICE DE ATUALIZAÇÃO DE VALORES: É o índice econômico adotado pela Seguradora para atualização dos valores.

IOF: É a sigla do Imposto sobre Operações Financeiras, que é um emolumento do Seguro.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Sociedade Seguradora.

INSPEÇÃO: Termo utilizado para definir ato da Seguradora em realizar trabalho de visita ao local do risco para inspecioná-lo e, mediante relatório detalhado, tomar prévio conhecimento do mesmo para fins de aceitação e taxação e/ou rejeição do risco.

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: não está habilitado; ou embora habilitado, não adquiriu a necessária experiência; ou, ainda, 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. Ver “Imprudência”.

IMPORTÂNCIA SEGURADA: Verba estabelecida pelo Segurado como limite máximo indenização de seu direito à indenização, não implicando, todavia, por parte da Seguradora, reconhecimento de prévia determinação dos valores dos bens e/ou interesses seguráveis.

IMPRUDÊNCIA: Ato praticado sem cautela, ou de forma imoderada, ou, ainda, desprovido da preocupação de evitar erros ou enganos. Se, em decorrência da ação ou omissão imprudente, for, involuntariamente, violado direito e causado dano, o responsável terá cometido um ato ilícito culposo. A ação ou omissão imprudente, que não causa danos, não é ato ilícito.

JUROS DE MORA: É o encargo financeiro decorrente por atraso no pagamento ou recebimento de algum valor, após a aplicação do índice de atualização de valores.

LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG): Representa o limite máximo de responsabilidade da sociedade seguradora, de estipulação opcional, aplicado quando uma reclamação, ou série de reclamações decorrentes do mesmo fato gerador, é garantida por mais de uma das coberturas contratadas. O LMG é fixado com valor menor ou igual à soma dos limites máximos de indenizações estabelecidos individualmente para cada cobertura contratada. Na hipótese de a soma das indenizações, decorrentes do mesmo fato gerador, atingir o LMG, a Apólice será cancelada.

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI): Limite máximo de responsabilidade da sociedade seguradora, por cobertura, relativo a 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: É o processo de apuração dos prejuízos sofridos pelo Segurado, e tem por finalidade fixar a responsabilidade do Segurador e as bases das indenizações.

MÁ-FÉ: Agir deliberadamente de modo contrário à lei, direito ou aos bons costumes.

NEGLIGÊNCIA: Omissão, descuido ou desleixo no cumprimento de encargo ou obrigação. Se, decorrente da negligência, e de forma involuntária, houver violação de direito e for causado dano, o responsável terá cometido ato ilícito culposo. A negligência desacompanhada de danos não é ato ilícito.

OBJETO DO SEGURO: É a designação genérica de qualquer interesse Segurado, sejam coisas, pessoas, bens, responsabilidades, obrigações, direitos e garantia.

OCORRÊNCIA: Fato gerador (de um evento danoso), com relação de causa e efeito definida.

PERÍODO DE VIGÊNCIA: É o período de validade da Apólice, que deve ser no mínimo de 1 (um) ano.

PRÊMIO: Importância paga pelo Segurado à Seguradora para que esta lhe garanta as coberturas contempladas nesta Apólice.

PRÊMIO ADICIONAL: É o prêmio complementar ou suplementar cobrado em certos e determinados casos.

PRÊMIO FRACIONADO: É o prêmio anual, dividido em parcelas, para efeito de pagamento.

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

PRIMEIRO RISCO ABSOLUTO: Forma de contratação na qual o Segurado NÃO PARTICIPA, em caso de eventual sinistro, dos prejuízos indenizáveis proporcionalmente à diferença existente entre o valor real do bem atingido pelo sinistro e o Limite Máximo de Garantia contratado.

PRO-RATATEMPORIS: É um método de calcular-se o prêmio de Seguro com base nos dias de vigência do Contrato quando este for realizado por período inferior a um ano e sempre que não cabível o cálculo do prêmio a Prazo Curto.

PROPONENTE: Pessoa física que pretende fazer um Seguro.

PROPOSTA DE SEGURO: É o instrumento que formaliza o interesse do Proponente ou Estipulante em efetuar 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.

RATEIO: É o cálculo da indenização previsto nos Seguros à primeiro risco, que preveem uma participação proporcional do Segurado nos prejuízos.

RECLAMAÇÃO: É a ação judicial ou extrajudicial ou qualquer outro tipo de demanda pecuniária escrita ou não do Terceiro prejudicado contra o Segurado por atos médicos danosos cobertos pelo presente Seguro.

RECLAMANTE: Vítima 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.

RENOVAÇÃO: Ao término da vigência de um Contrato de Seguro, normalmente é oferecida ao Segurado a possibilidade de dar continuidade ao Contrato. O conjunto de normas e procedimentos a serem cumpridos, para que se efetive tal continuidade, é denominada renovação do Contrato.

RESCISÃO: Dissolução antecipada do Contrato de Seguro por acordo das partes. Quando não há acordo, usa-se o termo “cancelamento”.

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.

RESSARCIMENTO: Reembolso, a que a Seguradora tem direito, de uma indenização paga ao Segurado, conseqüente de evento danoso provocado culposamente por alguém.

RESSEGURO: É a parcela do risco que a Seguradora repassa ao Ressegurador.

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 COBERTO: No Seguro de Responsabilidade Civil, o risco coberto é a responsabilização civil do Segurado por danos causados a Terceiros, e/ou a eventual realização de despesas emergenciais para tentar evitá-los e/ou minorá-los, atendidas as disposições do Contrato.

RISCO EXCLUÍDO: Todo evento danoso em potencial, não elencado entre os riscos cobertos na Apólice de Seguro é, implicitamente, um risco excluído. No entanto, para evitar litígios decorrentes de interpretação incorreta do risco coberto, e também porque alguns dos possíveis riscos excluídos podem ser redefinidos como riscos cobertos em Coberturas Básicas ou Adicionais, os riscos excluídos são elencados de forma explícita nos Contratos de Seguro, seja nas Condições Gerais, seja nas Condições Especiais. Portanto, este é o conceito restrito de risco excluído: são potenciais eventos danosos, elencados no Contrato, mas NÃO contemplados pelo Seguro, isto é, em caso de ocorrência, causando danos ao Segurado (ou a sua responsabilização pelos mesmos, no Seguro de Responsabilidade Civil), não haveria indenização ao Segurado.

RISCO ABSOLUTO: É aquele em que a Seguradora responde pelo valor integral de qualquer sinistro até o Limite Máximo de Indenização da cobertura reivindicada. É a forma predominante de contratação do Seguro de Responsabilidade Civil.

SALVADOS: Todos os remanescentes materiais de um Sinistro ocorrido que pertencem à Seguradora após a indenização do Sinistro, devendo ser preservados pelo Segurado.

SEGURO: Contrato pelo qual uma das partes (Seguradora) se obriga, mediante o recebimento do prêmio, a indenizar outra (Segurado e/ou Beneficiários) por eventuais prejuízos consequentes da ocorrência de determinados eventos, previstos como riscos cobertos nas Condições Gerais.

SEGURADO: É a pessoa física contratante do Seguro, na qualidade de prestador de serviços profissionais médicos, odontológicos ou de área ligada à saúde, com habilitação reconhecida pelos respectivos conselhos competentes, inclusive para a especialidade objeto do Seguro, devidamente designado no Certificado Individual. Fica entendido e acordado que caso o Segurado venha a falecer ou tornar-se incapaz civilmente, este Certificado Individual cobrirá indenizações de valores monetários decorrentes de qualquer Reclamação feita de acordo com suas condições contra o seu Espólio, seus Herdeiros ou Representantes Legais.

SEGURADORA: Empresa legalmente constituída 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: Termo utilizado para definir, em qualquer ramo ou carteira de Seguro, a ocorrência de um evento danoso acidental e imprevisto, afetando um Segurado (civilmente ou não). Não necessariamente referido evento previsto está coberto no Contrato de Seguro, caso em que seria denominado sinistro descoberto.

SUB-ROGAÇÃO: No que diz respeito ao Seguro, é o direito que a lei confere ao Segurador, que pagou a indenização 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.

TAXA: É o percentual aplicado sobre o Limite Máximo Indenizável para aferir o prêmio a ser pago pelo Segurado à Seguradora ou a ser restituído por esta em caso de Endossos tais como, de redução de Limite Máximo Indenizável e de redução de vigência.

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

TERCEIRO: No Seguro de Responsabilidade Civil, 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.

USO DE CONSERVAÇÃO DO IMÓVEL: O estado do imóvel e condições de manutenção do(s) local(is) onde se encontra(m) e são desenvolvidas as atividades profissionais do Segurado.

VISTORIA DE SINISTRO: Termo utilizado para definir ato do Segurador em realizar trabalho de visita ao local da ocorrência do Sinistro, a fim de apurar o montante dos prejuízos sofridos pelo Terceiro pela efetivação do fato gerador previsto e coberto no Contrato de Seguro.

3.2. DEFINIÇÕES ESPECÍFICAS DESTE SEGURO

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES: Aquela 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:

B.1. – durante a vigência da Apólice; ou

B.2. – durante o prazo complementar, quando aplicável; ou

B.3. – durante o prazo suplementar, 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 potencialmente danosos, cobertos pelo Seguro, mas ainda não reclamados, sempre, vinculando a Apólice atual vigente a reclamações futuras que vierem a ser apresentadas exclusivamente por Terceiros prejudicados. Se o Segurado não houver registrado na Seguradora o evento potencialmente danoso e este vier a ser reclamado, no futuro, por Terceiros prejudicados, será acionada a Apólice que estiver em vigor por ocasião da apresentação da reclamação. Neste tipo de Seguro, o sinistro só é caracterizado, quando o incidente ocorrer dentro do prazo de vigência da Apólice, quando reclamado por Terceiro prejudicado e notificado durante os prazos de vigência da Apólice.

ATO DO BOM SAMARITANO: É o tratamento administrado pelo Segurado, na cena de uma emergência médica, acidente ou catástrofe, que o mesmo se encontre presente “in situ”, seja por casualidade, ou por responder a um pedido de ajuda (SOS) logo de ocorrida a catástrofe.

ATO MÉDICO: Procedimento profissional que o Segurado e/ou todos seus empregados reconhecidos como profissionais de saúde habilitados juntos aos seus Órgãos de Classe, prestam a Terceiros, incluindo, mas não limitando a consultas médicas, consultas odontológicas, prescrições e/ou administração de medicamentos, procedimentos cirúrgicos, tratamentos, serviços laboratoriais, emissão de documentos médicos, serviços de enfermagem, serviços de fisioterapia, serviços de nutrição,

serviços de psicólogos e demais procedimentos profissionais necessários à prestação de serviços de saúde.

CHEFE DE EQUIPE MÉDICA: Pessoa física, que no exercício da profissão médica, de dentista, e ou outra profissão da área de saúde, executa as atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria e supervisão, desde que vinculadas, de forma imediata e direta a procedimentos médicos referentes a sua especialidade.

DATA LIMITE DE RETROATIVIDADE OU DATA RETROATIVA DE COBERTURA: 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.

ERRO OU OMISSÃO COMETIDO NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO DE MÉDICO, DENTISTA OU OUTROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: Qualquer ato médico, odontológico ou de profissionais da saúde executado 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 e/ou auxiliar da medicina, durante o prazo de Seguro e pelos quais o Garantido/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.

LIMITE AGREGADO: 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.

NOTIFICAÇÃO DE EXPECTATIVA DE RECLAMAÇÃO: Especificamente nas Apólices à Base de Reclamações em que se contrata a Cláusula de Notificações, é o ato por meio do qual o Segurado comunica à Seguradora, por escrito, fatos ou circunstâncias potencialmente danosos, cobertos pelo Seguro, vinculando a Apólice então em vigor a reclamações futuras. Neste tipo de Apólice, o sinistro só é caracterizado, quando o incidente ocorrer dentro do prazo de vigência, quando reclamado por Terceiro prejudicado e notificado durante os prazos de vigência.

OUTROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: O profissional devidamente habilitado de acordo com as exigências dos órgãos reguladores da profissão a praticar atividades na área da saúde que sejam complementares à medicina e à odontologia.

PACIENTE: É a pessoa que requer ou utiliza os serviços do Segurado. Todo Paciente é um Terceiro.

PERÍODO DE RETROATIVIDADE: Corresponde ao espaço de tempo compreendido entre a data retroativa de cobertura e a do início de vigência da Apólice em curso.

PRAZO COMPLEMENTAR: Prazo adicional 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 de Seguro contratado com Apólice à Base de Reclamações, ou na data de cancelamento do dito Seguro. A duração mínima do Prazo Complementar é 1 (um) ano. (Na hipótese de cancelamento do Seguro, há circunstâncias em que não se aplica o Prazo Complementar: por exemplo, se o cancelamento tiver sido efetuado por determinação legal, por esgotamento do Limite Agregado da cobertura, ou devido a perda de direito do Segurado, etc.).

PRAZO SUPLEMENTAR: Prazo adicional para a apresentação de reclamações ao Segurado, por parte de Terceiros, oferecido, obrigatoriamente, pela Seguradora, **mediante a cobrança facultativa de prêmio adicional**, tendo início na data do término do Prazo Complementar. Esta possibilidade deve ser invocada pelo Segurado, de acordo com procedimentos estabelecidos na Apólice. Normalmente são oferecidas várias opções de prazo, sendo obrigatória a oferta do prazo de 1 (um) ano. Ver "Prazo Complementar", e "Renovação".

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO À SAÚDE: É o trabalho e serviço na área da Saúde, voltado ao atendimento físico e psíquico da pessoa humana, e ao atendimento físico de animais, tais como tratamento, consultas, exames, diagnósticos, cirurgias, etc..

PROCEDIMENTOS INVASIVOS: É o tratamento ou diagnóstico que envolve a inserção de um objeto ou equipamento dentro do corpo humano rompendo-o.

QUEBRA DE SIGILO PROFISSIONAL: Entende-se por quebra de sigilo profissional a falta do dever legal e ético do profissional de guardar segredo sobre informações das quais disponha exclusivamente em função do exercício de suas atividades profissionais.

VIGÊNCIA DO CONTRATO: Intervalo contínuo de tempo, fixado no Contrato. O Segurado só poderá reivindicar a garantia durante a mesma, relativa a sinistros ocorridos entre a Data Limite de Retroatividade, inclusive, e o término da vigência do Contrato, ressalvada a possibilidade de apresentação de reivindicações da garantia durante o PRAZO COMPLEMENTAR e/ou o PRAZO SUPLEMENTAR, quando cabível.

4. OBJETIVO DO SEGURO

4.1. O objeto deste Seguro é garantir ao Segurado, até o Limite Máximo de Garantia, o interesse Segurado em relação à sua responsabilidade civil profissional, mediante indenização dos danos causados a Terceiros que o mesmo venha a ser obrigado a reparar em sentença judicial transitada em julgado ou em acordo autorizado, de modo expresso, pela Seguradora, decorrentes de erros ou omissões cometidos no exercício da profissão de médico, dentista ou outra profissão da área da saúde, exclusivamente nas especialidades seguradas descritas no Certificado Individual, pelos quais venha a ser civilmente responsável.

4.2. Fica esclarecido entre as partes que esta Apólice é à base de reclamação com notificação, ou seja, que tem como objeto o pagamento de indenização securitária com base em Reclamações apresentadas à Seguradora, desde que tenham sido atendidas todas as disposições específicas da cobertura, particularmente a cláusula de “Risco Coberto”, e que os danos:

- I. Tenham ocorrido durante a vigência da Apólice ou durante o período de retroatividade;
- II. Tenham sido atribuídos à responsabilidade do Segurado, por Terceiros, por meio de reclamação formal, apresentada ao mesmo:
 - a) Durante a vigência deste Contrato; ou
 - b) Durante o PRAZO COMPLEMENTAR, quando cabível, nos termos do subitem 8.1; ou
 - c) Durante o PRAZO SUPLEMENTAR, quando cabível, nos termos do subitem 8.2.

4.3. Durante o período de vigência da Apólice, é dever do Segurado, sob pena da perda da indenização, notificar à Seguradora sobre a ocorrência de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias que possam originar uma reclamação.

4.4. Fica entendido que a notificação, quando válida, resguarda os direitos contratuais do Segurado nas hipóteses de evento coberto em reclamações futuras.

Para ser considerada válida a notificação deverá conter:

- 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 eventual testemunha;
- c) Natureza dos danos e/ou das lesões corporais, e suas possíveis consequências; e
- d) Documentos que possam influir na análise da ocorrência.

5. FORMA DE CONTRATAÇÃO

Este Seguro está sendo contratado na forma de **primeiro risco absoluto**.

6. COBERTURAS E ABRANGÊNCIA

6.1. COBERTURAS:

6.1.1. Desde que observadas todas as disposições desta Apólice, as coberturas abaixo previstas garantem o pagamento de indenização ao Terceiro ou reembolso ao Segurado, até o **Limite Máximo de Garantia**, devidamente estipulado na Apólice, desde que decorrente de atos danosos ou alegadamente danosos, cometidos pelo Segurado contra Terceiros no exercício de suas atividades profissionais.

- I. Processos judiciais civis e/ou procedimentos administrativos propostos por Terceiros em face do Segurado visando responsabilizá-lo civilmente por danos materiais e/ou danos estéticos e/ou danos morais e/ou danos corporais.
- II. **Custos de defesa**, exclusivamente destinados ao processo de defesa do Segurado, desde que decorrentes de um fato gerador descrito na cláusula “6” subitem I acima.
- III. A Seguradora responderá também, pelos **custos de defesa** na esfera disciplinar, em defesas e explicações perante os respectivos conselhos, desde que relacionada a um risco coberto por este mesmo Seguro.
- IV. A Seguradora responderá também, pelos **custos de defesa** na esfera criminal, caso o Segurado seja indiciado criminalmente por atos médicos incidentais ou alegadamente incidentais a Terceiros que haja uma ação civil em paralelo.

6.2. ABRANGÊNCIA:

6.2.1. Para os efeitos da presente cobertura securitária, assim que constatada a existência de uma Reclamação coberta pela presente Apólice, este Seguro indenizará Terceiros por:

- I. Valor da REPARAÇÃO que haja sido fixado por SENTENÇA JUDICIAL, TRANSITADA EM JULGADO, SE OBSERVADOS TODOS OS PRAZOS JUDICIAIS E QUALIDADE JURÍDICA DO TRABALHO APRESENTADO EM AÇÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL contra o Segurado, ou por acordo, entre este e os Terceiros prejudicados, **com a anuência expressa da Seguradora**;
- II. DESPESAS, realizadas pelo Segurado ao empreender ações emergenciais para tentar evitar e/ou minorar os danos causados a Terceiros, que tenham sido COMPROVADAS, ou, na ausência de comprovantes, CONFIRMADAS por vistoria e/ou perícia técnica efetuada pela Seguradora; e
- III. Soma do valor da REPARAÇÃO com as DESPESAS acima aludidas que **NÃO EXCEDA**, na data de liquidação do sinistro, o valor então vigente do Limite Máximo de Garantia.

6.2.2. OS LIMITES MÁXIMOS DE INDENIZAÇÃO DAS COBERTURAS, BÁSICAS OU ADICIONAIS, SÃO INDEPENDENTES, NÃO SE SOMANDO, NEM SE COMUNICANDO.

7. 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:

- 7.1. RESPONSABILIDADES POR DANOS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATOS DA RESPONSABILIDADE DE TERCEIROS ASSUMIDAS PELO SEGURADO, EXCETO QUANDO EXPRESSAMENTE PREVISTOS NAS CONDIÇÕES PARTICULARES OU ENDOSSOS DA APÓLICE / CERTIFICADO INDIVIDUAL;**
- 7.2. ATOS MÉDICOS PROIBIDOS POR LEIS OU POR REGULAMENTAÇÕES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITÁRIAS OU OUTRAS AUTORIDADES COMPETENTES DE NORMAS E RESOLUÇÕES NO QUE SE REFERE AOS PARÂMETROS ESTABELECIDOS PELOS CONSELHOS FEDERAIS DE SERVIÇOS MÉDICOS PROFISSIONAIS CONSIDERADOS NO PRESENTE SEGURO;**
- 7.3. OS ATOS MÉDICOS 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 MÉDICO QUE ENSEJOU A RECLAMAÇÃO;**
- 7.4. ATOS PRATICADOS QUE NÃO TENHAM RELAÇÃO DIRETA COM A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS À SAÚDE DOS TERCEIROS;**
- 7.5. QUALQUER TRATAMENTO CUJO OBJETIVO SEJA O IMPEDIMENTO DA GRAVIDEZ OU A PROcriação, SALVO NOS CASOS EM QUE O MÉTODO ESTIVER LEGAL E CIENTIFICAMENTE ACEITO;**
- 7.6. ERROS OU OMISSÕES COMETIDOS NO EXTERIOR E/OU SUBMETIDOS À JURISDIÇÃO E/OU LEGISLAÇÃO ESTRANGEIRA, MESMO QUE NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO DE MÉDICO, DENTISTA OU OUTRA PROFISSÃO DA SAÚDE;**
- 7.7. RESPONSABILIDADE CIVIL ATRIBUÍDA A OUTROS MÉDICOS, DENTISTAS, PROFISSIONAIS DA SAÚDE, HOSPITAIS, PLANOS DE SAÚDE, CONVÊNIOS, COOPERATIVAS DE TRABALHO OU INSTITUIÇÕES SIMILARES QUE NÃO ESTEJAM DEVIDAMENTE DESCRITAS NA APÓLICE, CERTIFICADO OU CLÁUSULA PARTICULAR INTEGRANTE A ESTE CONTRATO DE SEGURO. FICAM TAMBÉM EXCLUÍDOS, QUAISQUER TIPOS DE RESPONSABILIDADE ATRIBUÍDOS A FABRICANTES DE REMÉDIOS OU DE EQUIPAMENTOS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, BEM COMO ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS;**
- 7.8. ERROS OU OMISSÕES COMETIDOS FORA DO PRAZO DE COBERTURA DO SEGURO, MESMO QUE NO EXERCÍCIO DA MEDICINA, ODONTOLOGIA OU OUTRA PROFISSÃO DA SAÚDE, PELOS QUAIS O SEGURADO VENHA A SER CIVILMENTE RESPONSÁVEL;**
- 7.9. RECLAMAÇÕES APRESENTADAS FORA DO PRAZO DE COBERTURA DO SEGURO, EXCETO NOS CASOS PREVISTOS NA CLÁUSULA – PRAZO COMPLEMENTAR E NA CLÁUSULA – PRAZO SUPLEMENTAR;**
- 7.10. FATOS GERADORES OCORRIDOS EM PERÍODO ANTERIOR AO ESTABELECIDO NA “DATA RETROATIVA DE COBERTURA”, CONHECIDO OU NÃO PELO SEGURADO. ESTARÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS, OS FATOS GERADORES OCORRIDOS ENTRE O**

PERÍODO DA DATA RETROATIVA DE COBERTURA E O INÍCIO DE VIGÊNCIA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL, QUE SEJAM CONHECIDOS PELO SEGURADO;

7.11. ERROS OU OMISSÕES COMETIDOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO DE MÉDICO, DENTISTA E/OU OUTRA DA ÁREA DA SAÚDE PELOS QUAIS O SEGURADO VENHA A SER CIVILMENTE RESPONSÁVEL QUANDO NÃO COMPREENDIDOS NA ESPECIALIDADE SEGURADA;

7.12. RECLAMAÇÕES ORIUNDAS DE RECUSA DE ATENDIMENTO A PACIENTES OU ACIDENTADOS EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA;

7.13. EMISSÃO DE RECEITAS OU ATESTADOS ILEGÍVEIS, ASSIM COMO ASSINATURAS EM BRANCO EM FOLHAS DE RECEITUÁRIOS, LAUDOS, ATESTADOS OU QUAISQUER OUTROS DOCUMENTOS MÉDICOS;

7.14. DESCUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA NOS CASOS DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS, ESTERILIZAÇÃO, FECUNDAÇÃO ARTIFICIAL E ABORTAMENTO, NÃO RECONHECIDOS PELO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA OU ÓRGÃOS LEGAIS PERTINENTES;

7.15. RADIAÇÕES IONIZANTES OU QUAISQUER OUTRAS EMANAÇÕES HAVIDAS NA PRODUÇÃO, TRANSPORTE, UTILIZAÇÃO OU NEUTRALIZAÇÃO DE MATERIAIS FÍSSEIS E SEUS RESÍDUOS, E QUAISQUER FATOS GERADORES DECORRENTES DE ENERGIA NUCLEAR, COM FINS PACÍFICOS OU BÉLICOS E TAMBÉM QUALQUER PERDA, DESTRUIÇÃO, DANO OU RESPONSABILIDADE LEGAL DIRETA OU INDIRETAMENTE CAUSADOS POR, RESULTANTES DE, OU PARA OS QUAIS TENHA CONTRIBUÍDO MATERIAL DE ARMAS NUCLEARES. FICA, PORÉM, ENTENDIDO E ACORDADO QUE ESTA EXCLUSÃO NÃO SE APLICARÁ QUANDO OS DANOS DECORREREM DO USO EXCLUSIVAMENTE TERAPÊUTICO DA ENERGIA NUCLEAR, NO ESTABELECIMENTO DO SEGURADO E SOB SUA SUPERVISÃO DIRETA;

7.16. PEDIDOS DE REEMBOLSO DE HONORÁRIOS PROFISSIONAIS, JÁ PAGOS PELO SEGURADO, SEM AUTORIZAÇÃO PREVIA DA SEGURADORA, MESMO QUANDO DECORRENTES DE RISCO COBERTO POR ESTE CONTRATO DE SEGURO;

7.17. MULTAS E/OU IMPOSIÇÃO DE PENALIDADES DE QUALQUER NATUREZA APLICADAS AO SEGURADO;

7.18. RESPONSABILIDADES ASSUMIDAS PELO SEGURADO POR CONTRATOS, CONVENÇÕES, PROMESSAS, COMPROMISSOS E GARANTIAS, ESCRITAS OU NÃO, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO AO RESULTADO DE QUALQUER TRATAMENTO MÉDICO MINISTRADO PELO SEGURADO, RECLAMAÇÕES POR RESULTADOS INSATISFATÓRIOS AO DESEJADO, PROPAGANDA MÉDICA, OU POR QUALQUER OUTRO TIPO DE ACORDO QUE NÃO SEJAM DECORRENTES DE OBRIGAÇÕES CIVIS LEGAIS;

7.19. RESPONSABILIDADE DO SEGURADO DECORRENTE DE RECLAMAÇÕES POR ATOS DE GESTÃO EMANADA DA SUA ATUAÇÃO COMO PROPRIETÁRIO, SÓCIO, AÇIONISTA, DIRETOR, DIRETOR EXECUTIVO, ADMINISTRADOR, DIRETOR MÉDICO OU CARGO E/OU ATRIBUIÇÃO SIMILAR;

7.20. QUALQUER TIPO DE RECLAMAÇÃO APRESENTADA CONTRA O SEGURADO POR SEUS EMPREGADOS, PREPOSTOS, TERCEIRIZADOS, COOPERADOS, ATENDENTES E/OU ESTAGIÁRIOS, QUANDO 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 OS REFERIDOS EMPREGADOS ESTIVEREM NA CONDIÇÃO DE PACIENTE;

7.21. RECLAMAÇÕES DE TERCEIROS POR ALEGADOS ATOS DE CALÚNIA, INJÚRIA E/OU DIFAMAÇÃO. FICAM IGUALMENTE EXCLUÍDAS AS RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE ABUSO FÍSICOS E SEXUAIS PRATICADOS OU ALEGADAMENTE PRATICADOS PELO SEGURADO, BEM COMO QUALQUER TIPO DE DISCRIMINAÇÃO, COMO RACIAL OU SEXUAL;

7.22. ASSÉDIO SEXUAL;

7.23. DANOS GENÉTICOS;

7.24. DANOS A VEÍCULOS SOB GUARDA DO SEGURADO E OS DANOS CAUSADOS POR VEÍCULOS UTILIZADOS PELO SEGURADO;

7.25. QUALQUER RECLAMAÇÃO BASEADA NA INFRAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS, TÍTULOS, SLOGANS, PATENTES, MARCAS REGISTRADAS DE QUALQUER ESPÉCIE, SEGREDOS COMERCIAIS OU INDUSTRIAIS;

7.26. 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;

7.27. DANOS DECORRENTES DE ATOS DE HOSTILIDADE OU DE GUERRA, TUMULTOS, GREVES, "LOCKOUT", REBELIÃO, INSURREIÇÃO, REVOLUÇÃO, TERRORISMO, CONFISCO, NACIONALIZAÇÃO, DESTRUÇÃO OU REQUISIÇÃO DECORRENTES DE QUALQUER ATO DE AUTORIDADE CIVIL OU MILITAR E FATOS GERADORES SIMILARES;

7.28. DANOS CAUSADOS POR CONSTRUÇÕES, DEMOLIÇÃO, RECONSTRUÇÃO OU ALTERAÇÃO ESTRUTURAL DO IMÓVEL, BEM COMO QUALQUER TIPO DE OBRA, INCLUSIVE INSTALAÇÕES E MONTAGENS;

7.29. DANOS AMBIENTAIS DE QUALQUER NATUREZA, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO A CONTAMINAÇÃO, VAZAMENTO, EMANAÇÃO, 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;

7.30. RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE PRODUTOS DEFEITUOSOS E/OU COM VÍCIOS, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO A MEDICAMENTOS PRESCRITOS PELO SEGURADO;

7.31. 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;

7.32. RECLAMAÇÕES POR DANOS SOFRIDOS POR TERCEIROS DERIVADOS DE QUALQUER MEIO DE SE OBTER QUALQUER TIPO DE VANTAGEM PELO ACESSO

INDEVIDO A INFORMAÇÕES POR MEIOS DE SISTEMA DE COMPUTAÇÃO, INCLUÍDO, ACESSO INDEVIDO OU TRANSAÇÕES FEITAS PELA INTERNET;

7.33. ATOS MÉDICOS PRATICADOS COM TÉCNICA, MEDICAMENTOS E/OU EQUIPAMENTOS NÃO RECONHECIDOS PELA CIÊNCIA MÉDICA E/OU ÓRGÃOS COMPETENTES E, AINDA, OS ATOS MÉDICOS ENVOLVENDO TÉCNICAS EXPERIMENTAIS;

7.34. 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.

7.35. DANOS RELACIONADOS COM A EXISTÊNCIA, USO E CONSERVAÇÃO DE IMÓVEIS;

7.36. POR ERROS OU OMISSÕES DECORRENTES DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS OU CULPA GRAVE EQUIPARÁVEL AO DOLO PRATICADOS PELO GARANTIDO/SEGURADO, PELOS SÓCIOS CONTROLADORES DA EMPRESA SEGURADA, SEUS DIRIGENTES E ADMINISTRADORES LEGAIS E PELOS BENEFICIÁRIOS OU REPRESENTANTES LEGAIS DE CADA UMA DESTAS PARTES;

7.37. RECLAMAÇÕES DERIVADAS DE ATOS MÉDICOS EXECUTADOS COM CULPA GRAVE;

7.38. PAGAMENTO DE DÍVIDAS PESSOAIS DO SEGURADO;

7.39. DANOS CAUSADOS AO SEGURADO, PESSOAS QUE DELE DEPENDAM ECONOMICAMENTE, E AINDA OS DANOS CAUSADOS AOS SÓCIOS CONTROLADORES DA EMPRESA SEGURADA, SEUS DIRETORES OU ADMINISTRADORES;

7.40. QUALQUER RECLAMAÇÃO DECORRENTE, DIRETA OU INDIRETAMENTE, DE FALÊNCIA, INSOLVÊNCIA, INADIMPLENTO DO SEGURADO OU DE QUALQUER EMPRESA, ENTIDADE OU ORGANIZAÇÃO, QUE DIRETA OU INDIRETAMENTE, ESTEJA LIGADA OU NÃO AO MESMO, QUER POR CONTRATO, CONVENÇÃO, OU POR QUALQUER OUTRO TIPO DE ACORDO;

7.41. RESPONSABILIDADES DE OUTRAS PESSOAS E/OU EMPRESAS QUE SE ASSOCIEM AO SEGURADO PARA A ELABORAÇÃO DE QUAISQUER TRABALHOS. NO CASO DE RESPONSABILIDADE CONJUNTA E/OU SOLIDÁRIA, ESTE CONTRATO RESPONDERÁ, APENAS, PELA PARCELA DE RESPONSABILIDADE ATRIBUÍDA AO SEGURADO;

7.42. PERDAS FINANCEIRAS, INCLUSIVE LUCROS CESSANTES E DANOS EMERGENTES, NÃO DECORRENTES DE DANO CORPORAL E/OU MATERIAL SOFRIDO PELO RECLAMANTE.

8. PRAZO COMPLEMENTAR E SUPLEMENTAR

8.1. PRAZO COMPLEMENTAR

8.1.1. A Seguradora concederá ao Segurado sem qualquer ônus um prazo adicional de 36 (trinta e seis) 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 / 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, quando este tiver sido estabelecido;

8.1.2. O **Prazo Complementar** concedido **não** se aplica àquelas coberturas cujo pagamento das indenizações tenha atingido o **Limite Agregado**.

8.1.3. O **Prazo Complementar** 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.

8.1.4. A contratação do prazo complementar não acarreta, em hipótese alguma, a ampliação do período de vigência do Contrato de Seguro, aplicando-se tão somente aos prazos de notificação e reclamações decorrentes de erros ou omissões cometidos no exercício da profissão de médico, dentista e/ou outra profissão da área da saúde e durante o prazo de Seguro.

8.2. PRAZO SUPLEMENTAR

8.2.1. O Segurado terá o direito à contratação do prazo suplementar de 12 (doze), 24 (vinte e quatro) ou 36 (trinta e seis) meses, para apresentação de reclamações de Terceiros, uma única vez e exclusivamente até 30 dias contados do início do Prazo Complementar, pagando o prêmio adicional correspondente ao percentual acordado, aplicável sobre o valor atualizado do último prêmio anual da Apólice.

8.2.2. A contratação do prazo suplementar somente poderá ser feita:

- I. Desde que a Apólice não tenha sido renovada;
- II. Desde que a Apólice não tenha sido cancelado por inadimplência ou por determinação judicial;
- III. Desde que o Limite Agregado não tenha sido esgotado durante o Prazo Complementar;
- IV. Desde que tenha havido renovação em outra Seguradora cujo Contrato de Seguro não admita período retroativo de cobertura da Apólice anterior;

- V. Desde que seja somente uma única vez;
- VI. Mediante o pagamento de prêmio adicional, à vista de acordo com o estabelecido na tabela abaixo:

Prazo Suplementar para Reclamações – além do Prazo Complementar de 3 (três) anos	Prêmio Adicional – sobre último Prêmio Anual
Mais 1 (um) ano – perfazendo 4 (quatro) anos	75%
Mais 2 (dois) anos – perfazendo 5 (cinco) anos	113%
Mais 3 (três) anos – perfazendo 6 (seis) anos	127%

8.2.3. Para exercer o direito ao **Prazo Suplementar**, o Segurado deverá requerer sua contratação por escrito em até 30 (trinta) dias **antes do término do Prazo Complementar**. O prêmio adicional referente ao prazo suplementar deverá ser pago, em uma única parcela, em até 30 (trinta) dias após a emissão do respectivo Endosso.

8.2.4. Em caso de contratação de **Prazo Suplementar** conforme os termos acima, **não** serão possíveis requerer seu **cancelamento** ou **restituição** do prêmio pago.

8.2.5. Em nenhuma hipótese o **Prazo Complementar** e o **Prazo Suplementar** alterarão o prazo de vigência da Apólice.

8.2.6. **Não** será concedido prazo suplementar, mesmo quando contratado, para as coberturas cujo pagamento de indenizações tenha atingido o respectivo Limite Agregado.

8.2.7. Em nenhuma hipótese será possível a concessão do prazo suplementar, quando:

- I. **Houver o cancelamento da Apólice por determinação legal;**
- II. **Houver o cancelamento da Apólice, por falta de pagamento; ou**
- III. **For esgotado o Limite Agregado da Apólice.**

8.2.8. Qualquer indenização por conta do prazo suplementar estará sempre limitada ao valor do Limite Agregado vigente na data da reclamação.

9. PERÍODO RETROATIVO DE COBERTURA

9.1. 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 **ocorrências** verificadas entre esta data e o início de vigência da Apólice.

9.2. Assim, estarão cobertos os **sinistros ocorridos** durante o período retroativo de cobertura ou durante a vigência da Apólice, desde que reclamados durante a vigência da Apólice, prazo complementar ou prazo suplementar, este, se contratado.

10. LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA

10.1. Limite Máximo de Garantia é o limite total de responsabilidade da Seguradora por qualquer indenização securitária, em um único Sinistro ou uma série de Sinistros (de um ou vários Reclamantes), apresentados no decorrer da vigência do Seguro, limitada ainda ao Limite máximo de indenização fixado para cada cobertura contratada, caso aplicável.

10.2. Todos os prejuízos e despesas decorrentes de um mesmo evento (um mesmo ato ou omissão) serão considerados como um único sinistro, qualquer que seja o número de Reclamantes envolvidos.

10.3. A eventual contratação do prazo suplementar não afetará o Limite Máximo de Garantia, que permanecerá em vigor parcial ou totalmente, na exata medida em que tenha sido ou não anteriormente consumido.

10.4. Cabe exclusivamente ao Segurado a escolha do Limite Máximo Indenização (LMI) em cada cobertura, respeitadas as limitações de valores disponíveis no plano.

10.5. O Segurado poderá solicitar aumento do Limite Máximo de Garantia ou Limite Máximo de Indenização, durante a vigência da Apólice ou por ocasião da sua Renovação, mediante solicitação por escrito à Seguradora, que analisará a aceitação ou não e responderá formalmente, as novas condições e alterações de prêmio, se aplicável.

10.6. Em caso de aceitação pela Seguradora, do aumento de Limite Máximo de Garantia ou Limite Máximo de Indenização, durante a vigência da Apólice ou por ocasião da sua Renovação da Apólice, conforme mencionado no item 10.5, 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.

10.7. Os custos de defesa que ultrapassarem o Limite Máximo de Garantia não serão indenizados pela Seguradora.

10.8. O **Limite Máximo de Garantia** dar-se-á a **primeiro risco absoluto**. Neste caso, a Seguradora responderá integralmente pelos prejuízos efetivamente incorridos e devidamente comprovados pelo Segurado, até o valor do Limite Máximo de Garantia, respeitada as demais disposições e cláusulas constantes deste Contrato.

10.9. Não há Reintegração do Limite Máximo de Indenização das Coberturas Contratadas e do Limite Máximo de Garantia da Apólice.

10.10. OS LIMITES MÁXIMOS DE INDENIZAÇÃO DAS COBERTURAS, BÁSICAS OU ADICIONAIS, SÃO INDEPENDENTES, NÃO SE SOMANDO, NEM SE COMUNICANDO.

11. LIMITE AGREGADO

11.1. O **Limite Agregado** equivale ao valor **total máximo indenizável** pelo Contrato de Seguro, considerada a **soma de todas as indenizações e demais gastos e/ou despesas** relativos aos Sinistros ocorridos durante a vigência da Apólice ou a partir da data retroativa de cobertura, quando aplicável. Os **Limites Agregados** estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicando.

11.2. O valor do **Limite Agregado** é igual ao **Limite Máximo de Garantia** e deverá estar expressamente descrito na Apólice.

11.3. 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.

11.4. Não há Reintegração do Limite Máximo de Indenização das Coberturas Contratadas e do Limite Agregado.

12. FRANQUIA

Este Seguro é contratado **COM FRANQUIA** nas indenizações devidas por este Contrato, **salvo** menção em contrário na Apólice, Certificado ou Certificado Individual.

13. ÂMBITO GEOGRÁFICO

O presente Seguro abrangerá reclamações ocorridas e iniciadas em qualquer parte do território brasileiro.

14. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

O Seguro poderá ser contratado através de Estipulante, e neste caso, constituem como suas obrigações:

14.1. Fornecer à **Seguradora** todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela **Seguradora**, incluindo dados cadastrais;

14.2. Em atendimento a legislação em vigor, os dados cadastrais devem conter:

14.2.1. Se pessoa Física:

- a) Nome completo;
- b) Numero de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas, CPF;
- c) Natureza e numero do documento de identificação, com o órgão expedidor e data da expedição;
- e) Endereço completo com número de telefone

14.2.2. Se pessoa jurídica:

- a) A denominação ou razão social;

- b) Atividade principal desenvolvida;
- c) Numero de inscrição no Cadastro de Pessoas Juridicas, CNPJ;
- d) Endereço completo com número de telefone

14.3. Manter a **Seguradora** informada a respeito dos **Segurados**, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;

14.4. Sempre que solicitado, fornecer ao **Segurado** quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

14.5. Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

14.6. Repassar os prêmios à **Seguradora**, nos prazos estabelecidos contratualmente;

14.7. Repassar aos **Segurados** todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

14.8. Discriminar o nome da **Seguradora** responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o **Segurado**;

14.9. Comunicar de imediato à **Seguradora**, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer Sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

14.10. Dar ciência aos **Segurados** dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de Sinistros;

14.11. Comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregular quanto ao seguro contratado;

14.12. Fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;

14.13. Informar o nome da **Seguradora**, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;

14.14. Caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar no carnê, tíquete, contracheque ou quaisquer outros documentos, o valor do prêmio do seguro de cada **Segurado**;

14.15. Na hipótese de pagamento de remuneração ao Estipulante, é obrigatório constar, no certificado individual e na proposta de adesão, o seu percentual e valor, devendo o **Segurado** ser também informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração;

14.16. É expressamente vedado ao estipulante e ao Subestipulante:

14.16.1. Cobrar dos **Segurados**, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela **Seguradora**;

14.6.2. Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;

14.6.3. Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;

14.6.4. Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

14.17. Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora os prêmios recebidos, tal fato não dará direito ao cancelamento da apólice ou à suspensão da cobertura dos Segurados que tenha efetuado o pagamento, por ferir direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita, sujeita às cominações legais;

14.18. Sempre que solicitado pelo Segurado, obrigatoriamente a Seguradora informará a situação de adimplência do Estipulante ou Subestipulante;

14.19. Qualquer modificação ocorrida na apólice vigente que implicar em ônus ou dever ou redução de direitos para os segurados dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

15. ACEITAÇÃO DO RISCO

15.1. A contratação deste Seguro deverá ser feita por meio de proposta e questionário preenchido pelo Segurado que contenha 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.

15.2. 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 desta apólice para outra sociedade seguradora, se houver manutenção, ainda que parcial, do período de retroatividade do seguro transferido.

15.3. Havendo **inexatidão** ou **omissões** nas declarações, ficará determinada a **perda da garantia**, conforme o disposto no **artigo 766** do Código Civil Brasileiro, assunto melhor explicado na cláusula **“PERDA DE DIREITO”** destas condições.

15.4. A Seguradora terá o **prazo máximo de 15 (quinze) dias** corridos para aceitar ou recusar o risco, contado da data do recebimento da proposta de (i) contratação, (ii) de renovação ou (iii) de Endosso em função de modificação do risco, devidamente assinada pelo Proponente, por seu Representante Legal ou por Corretor de Seguros habilitado, seja para Seguros novos, seja para renovações desta Apólice, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

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

15.5. 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.

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

15.7. 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.

15.8. Em caso de **não aceitação da proposta**, a Seguradora enviará carta formal com as devidas justificativas da recusa.

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

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

15.9.2. 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.

15.9.3. 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**.

15.9.4. 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.

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

15.10. A emissão da Apólice, do Certificado ou do Endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

16. INSPEÇÕES

16.1. A Seguradora se reserva o direito de realizar Inspeção nas instalações do Segurado, ficando entendido e acordado que entre a data dessa solicitação e sua realização, ficarão suspensos os 15 (quinze) dias previstos para análise da aceitação do risco.

16.2. Fica ainda acordado, que para fins de aceitação do Seguro proposto, a Seguradora se reserva o direito de requerer, adequações nos sistemas de prevenção, proteção ou processos aos quais estejam relacionados à cobertura do Seguro, o que será feito por escrito e estipulando-se prazo hábil para execução de tais providências.

16.3. Em caso de eventual **Sinistro**, **não** tendo havido as **adequações** requeridas, a Seguradora ficará **desobrigada** do pagamento de qualquer **indenização**.

17. VIGÊNCIA DO SEGURO

17.1. A presente Apólice terá a duração mínima de 1 (um) ano, tendo seu início e término às 24 horas das datas para tal fim neles indicadas.

17.2. Excetuam-se os casos em que o segurado pretenda fazer coincidir o término de vigência do seguro de responsabilidade civil (à base de reclamações) com o término de vigência de outras apólices, todas por ele contratadas em uma mesma seguradora.

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

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

17.5. Nos seguros garantidos por apólices coletivas e naqueles sujeitos à averbação, o início e o término da cobertura dar-se-ão de acordo com as condições especiais de cada modalidade, devendo o risco iniciar-se dentro do prazo de vigência da respectiva Apólice.

18. ATUALIZAÇÃO DE 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 de eventuais importâncias a serem pagas, devolvidas ou complementadas, observadas as disposições específicas de cada cláusula deste Contrato de Seguro. 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 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. RENOVAÇÃO DO SEGURO

19.1. A Apólice poderá ser renovada automaticamente por igual período e apenas uma única vez, caso a Seguradora se manifeste mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do final de vigência da Apólice.

19.2. Caso a Seguradora não se manifeste no prazo descrito no item 19.1., a renovação deste Seguro não será automática, devendo o Segurado encaminhar proposta renovatória, à Seguradora, pelo menos 15 (quinze) dias antes do término da vigência da Apólice.

19.2. A proposta renovatória obedecerá às normas específicas de "ACEITAÇÃO DO RISCO", mas o início da vigência da Apólice coincidirá com o dia e o horário de término do presente Seguro.

19.3. NO CASO DE O SEGURADO SUBMETER A PROPOSTA RENOVATÓRIA 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 DA VIGÊNCIA DO PRESENTE SEGURO.

19.4. O Segurado terá direito a fixação de data limite de retroatividade em cada renovação de uma Apólice, a data pactuada por ocasião da contratação do primeira Apólice, facultada, mediante acordo entre as partes, a fixação de outra data, anterior àquela, hipótese em que a nova data prevalecerá nas renovações futuras.

19.5. Em renovações sucessivas será obrigatória a concessão do período de retroatividade da Apólice anterior.

19.6. A renovação não se aplica aos estipulantes ou à sociedade Seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do contrato, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

20. PAGAMENTO DO PRÊMIO

20.1. 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.

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

20.2. 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.

20.2.1. 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.

20.2.2. A data limite para o pagamento do prêmio, ou de sua primeira parcela, será, no máximo, de 30 (trinta) dias, contados da aceitação da proposta e/ou de eventuais Endossos, respeitado o prazo previsto no subitem precedente.

20.2.3. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio estipulado na Cláusula 20.2.2, sem que ele se ache efetuado, o **direito à indenização não ficará**

prejudicado, contudo, a indenização somente será devida após o pagamento do prêmio.

20.2.4. 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 no subitem 20.2.1, deverão ser solicitadas de forma registrada, à Seguradora, instruções para efetuar o pagamento antes da data limite.

20.2.5. 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.

20.3. 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.

20.4. 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.

20.5. 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.

20.6. 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 desta Apólice.

20.6.1. 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.

20.6.2. 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 nesta 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.

20.6.3. 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 deste Contrato de Seguro.**

20.6.4. Findo o novo prazo de pagamento, conforme reduzido nos termos do subitem 20.6.2. acima, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, este Contrato de Seguro ficará imediatamente cancelada, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, ficando a Seguradora desobrigada de qualquer responsabilidade e obrigação de pagamento da indenização.

20.6.5. 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.

20.7. 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 neste Contrato de Seguro.

20.8. 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.

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

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

20.11. 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.

20.11.1. No caso de **extinção** dos índices mencionados neste Contrato de Seguro, deverá ser utilizado o IGP-M/FGV ou na sua ausência o que vier a substituí-lo.

21. JUROS DE MORA

Este Contrato prevê a aplicação de **juros de mora** praticados pelo mercado financeiro, calculado **mês a mês**, além do índice de atualização de valores, conforme a cláusula “ATUALIZAÇÃO DE VALORES CONTRATADOS”.

22. ALTERAÇÃO DE RISCOS E VALORES

22.1. Alterações deste 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.

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

22.1.2. 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.

22.2. O Segurado, em qualquer tempo, poderá solicitar emissão de Endosso, para alteração de Limite Máximo de Indenização ou de Limite Agregado, ficando a critério da Seguradora sua aceitação, ou não, e alteração do prêmio, quando couber.

22.3. Em caso de aceitação pela Seguradora, do aumento de Limite Máximo de Indenização ou de Limite Agregado, durante a vigência da Apólice ou por ocasião da sua Renovação, conforme mencionado no item 22.2, 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.

22.4. 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*”.

22.5. O Segurado deverá informar à Seguradora, tão logo tenha conhecimento, quando houver modificação em alguma de suas especialidades, para que esta faça nova análise do risco, o que poderá resultar em cobrança ou devolução de prêmio.

22.5.1. Ao comunicar uma nova especialidade, o Segurado deverá confirmar suas demais especialidades, para que o novo conjunto, atualizado, conste do Endosso

ao Certificado Individual, evitando assim o risco de perda de direito à indenização, conforme a cláusula “PERDA DE DIREITO” destas condições.

22.5.2. 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.

22.5.3. 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*”.

22.4.4. 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*”.

22.6. Tanto a cobrança do prêmio adicional como a restituição do prêmio, nos casos previstos nesta cláusula, estarão sujeitos 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.

22.7. 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.

22.7.1. 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 / Certificado / Certificado Individual. Após este prazo, não havendo o pagamento, o Endosso será cancelado conforme a cláusula “PAGAMENTO DO PRÊMIO”.

22.8. 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*”;

23. PERDA DE DIREITO

23.1. O Segurado **perderá** o direito a qualquer indenização securitária decorrente do presente Contrato de Seguro quando:

23.1.1. O SEGURADO, POR SI OU POR 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.

23.1.2. Comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má fé.

23.1.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, seu Representante Legal 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.**

c. 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.

23.1.4. Agravar intencionalmente o risco ou quando este ou o Segurado 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.

23.1.5. Houver tentativa de obter benefícios ilícitos deste Seguro.

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

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

23.1.8. O Segurado deixar de cumprir o descrito na Cláusula Aviso de Sinistro do presente Contrato de Seguro.

23.1.9. 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.

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

23.2. 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;

23.2.1. 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.

24. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

24.1. 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.

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

24.1.2. 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;

24.1.3. 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;

24.2. Obrigações relativas à manutenção preventiva de documentos:

24.2.1. Zelar e manter em bom estado de conservação e segurança todos os documentos relacionados com a atividade exercida pelo Segurado, 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;

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

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

24.2.4. 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;

24.2.5. 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.

24.3. 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.

24.4. Outras obrigações:

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

24.4.2. 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;

24.4.3. 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;

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

24.5. 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.

25. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

25.1. Condições básicas.

25.1.1. Qualquer medida, civil, administrativa ou criminal, contra o Segurado, inclusive intimações para ser ouvido em declarações e inquérito policial, deverá ser imediatamente comunicada a 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 / Certificado / Certificado Individual.

25.1.2. Toda e qualquer comunicação relacionada a sinistros ou expectativas de sinistro decorrentes deste Contrato de Seguro deverá ser feita por escrito e dirigida à Seguradora aos cuidados do Departamento de Sinistros. 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.

25.1.3. O Segurado deverá, sob pena de perda do direito à indenização prevista neste Contrato, comunicar, por escrito (Notificação), à Seguradora, tão logo tome conhecimento sobre qualquer citação, carta ou documento recebido, que seja relacionado com qualquer Reclamação nos termos deste Contrato. Tal comunicação será considerada um aviso de sinistro para os fins deste Contrato de Seguro. Sem prejuízo ao acima disposto, deverá ainda o Segurado comunicar à Seguradora todo ato ou fato suscetível de agravar os riscos cobertos por este Contrato de Seguro.

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

25.1.5. A Notificação deverá estar indicada, da forma mais completa possível, os dados e particularidades tais como:

- I. Lugar, data, horário e descrição sumária do ocorrido;**
- II. Se possível, nome, domicílio, estado civil, profissão ou ocupação do Terceiro prejudicado ou Falecido, se for o caso, bem como nome e domicílio de eventual testemunha;**
- III. Natureza dos danos e de suas possíveis consequências, com base em evidência documental;**

- IV. Procedimentos adotados para minorar os efeitos do fato gerador da notificação;**
- V. 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.**

25.2. A entrega da notificação mencionada na Cláusula 25.1 acima à Seguradora produzirá os seguintes efeitos:

25.2.1. Caracterizará o sinistro como de competência da Apólice;

25.2.2. Garantirá que as condições deste Contrato de Seguro sejam aplicadas às reclamações apresentadas à Seguradora durante o prazo de vigência da Apólice, Prazo Complementar ou Prazo Suplementar, conforme o caso.

25.3. 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.

25.4. Dar ciência à Seguradora da contratação ou da rescisão de qualquer outro Seguro, referente aos mesmos riscos previstos neste Contrato de Seguro.

25.5. Quando a defesa for realizada por advogados designados pelo Segurado, fica entendido que a Seguradora reembolsará as despesas proporcionalmente à sua participação na indenização reclamada e limitado em até três vezes o valor mínimo previsto na tabela da **OAB** (Ordem dos Advogados do Brasil), do Estado onde se estabelecer o foro, pelos valores vigentes na época da reclamação.

25.6. 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.

25.7. A Seguradora poderá intervir na ação, na qualidade de assistente, ficando o Segurado obrigado a assumir sua própria defesa, nomeando advogado de sua escolha. 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.

25.8. Qualquer acordo judicial ou extrajudicial com o Terceiro prejudicado, seus Beneficiários e Herdeiros, só serão reconhecidos pela Seguradora se tiver seu prévio conhecimento. Na hipótese de recusa do Segurado em aceitar o acordo recomendado pela Seguradora e aceito pelo Terceiro prejudicado, fica desde já acordado que a Seguradora não responderá por quaisquer quantias acima daquela pela qual seria o sinistro liquidado por aquele acordo.

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

25.10. Ao declinar da defesa, a Seguradora não se exime de sua responsabilidade de indenizar, segundo as condições e limites do Certificado Individual.

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

25.11.1. Nessa hipótese ficará à disposição do Segurado o Limite Máximo Indenização, ou o que restar do Limite Agregado, podendo este, inclusive, pagar tal quantia a um Terceiro Reclamante, sempre que existir uma decisão judicial que assim o disponha.

25.12. Procedimentos do Segurado em caso de reclamação:

25.12.1. 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, sem prejuízo da comunicação formal, 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.**

25.13. Documentos básicos em caso de Sinistros:

25.13.1. 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, conforme termo de consentimento descrito no item 24.2.5, atualizado para aquele mês da ocorrência ou fato omissivo ou comissivo motivador da Ação Civil;
- 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 de “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.

25.14. Liquidação do Sinistro

25.14.1. 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**.

25.14.2. 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 no Apólice, de conformidade com o Limite Agregado da mesma.

25.14.3. 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.

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

25.14.5. 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.

25.14.6. 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 reembolso ou pagamento 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 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 da Apólice.

25.15. Prazo de Pagamento:

25.15.1. 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 dias, a contar após apresentação dos respectivos documentos.

25.15.2. 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 dias será suspenso, reiniciando a sua contagem a partir do dia útil subsequente aquele em que forem completamente atendidas as exigências,

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

25.15.4. 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.

25.16. Sinistros decorrentes de procedimentos sucessivos:

25.16.1. 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 neste Contrato, para a data deste primeiro ato.

26. VISTORIA DO SINISTRO

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.

27. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

27.1. 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.

27.2. O prejuízo total, relativo a qualquer sinistro amparado por cobertura contratada neste Contrato de Seguro, será constituído pela soma das seguintes parcelas:

27.2.1. Despesas, comprovadamente, efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência de danos a Terceiros, com o objetivo de reduzir sua responsabilidade;

27.2.2. 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.

27.3. A indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em hipótese alguma, o valor do prejuízo vinculado à cobertura considerada.

27.4. 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:

27.4.1. 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;

27.4.2. 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 27.4.1. desta cláusula.

27.4.3. Será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes Apólices, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o item 27.4.2. desta cláusula;

27.4.4. Se a quantia a que se refere o item 27.4.3. 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;

27.4.5. Se a quantia estabelecida no item 27.4.3. 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.

27.5. A sub-rogação relativa a salvados operar-se-á na mesma proporção da cota de participação de cada sociedade Seguradora na indenização paga.

27.6. 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.

28. TRANSFERÊNCIA DE APÓLICES

28.1. Em caso de transferência plena dos riscos compreendidos neste Contrato de Seguro, 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.

28.2. Uma vez fixada a data limite de retroatividade igual ou anterior à do Contrato vencido a nova Sociedade Seguradora, ficará isenta da obrigatoriedade de conceder os prazo complementar e suplementares.

28.3. Se a data limite de retroatividade fixada na nova Apólice for posterior a data limite de retroatividade da nova Sociedade Seguradora, o Segurado, na Apólice vencida, terá direito a concessão de prazo complementar e, quando contratada, de prazo suplementar.

28.4. Na hipótese prevista no item anterior, a aplicação dos prazos adicionais ficará restrita a apresentação de reclamações de Terceiros, relativas aos danos ocorridos no período compreendido entre a data limite de retroatividade da nova Apólice.

29. REDUÇÃO E REINTEGRAÇÃO DO LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA

29.1. Ocorrido um Sinistro indenizado pela Seguradora, o Limite Máximo de Garantia previsto na Apólice será reduzido, subtraindo-se o valor de cada indenização paga de tal limite até que ele seja completamente consumido, não tendo o Segurado direito à restituição do prêmio correspondente a tal redução. Com a utilização total do Limite Máximo de Garantia, o Seguro tornar-se-á sem efeito, ressalvada a necessidade de dedução dos prêmios vincendos.

29.2. Fica desde já entendido e acordado que o Limite Máximo de Garantia não está sujeito a qualquer tipo de ajuste ou correção e que **não haverá**, em nenhuma hipótese, **reintegração** do Limite Máximo de Garantia.

30. RESCISÃO E CANCELAMENTO

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

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

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

30.2.2. 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.

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

30.2.4. Não houver o pagamento do **respectivo prêmio**, nas circunstâncias descritas no item Pagamento de Prêmio.

30.2.5. 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 um ano, a Seguradora 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.

- 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*").

30.3. 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.

30.4. Sem prejuízo do disposto nos Itens 30.1., 30.2. e 30.3. destas Condições Gerais, a Apólice Coletiva poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

30.5. Nesta hipótese, o cancelamento não prejudicará a cobertura da Apólice, a qual permanecerá em vigor até o seu respectivo vencimento.

31. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

31.1. Efetuado pagamento de indenização e/ou reembolso, 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.

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

31.1.2. 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;

31.1.3. É ineficaz qualquer ato do segurado que diminua ou extinga, em prejuízo do segurador, os direitos a que se refere este artigo”.

32. PRESCRIÇÃO

As ações que derivarem deste Contrato de Seguro, entre as partes vinculadas pela mesma, prescrevem de acordo com as disposições do Código Civil Brasileiro.

33. LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

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

34. FORO

Fica estabelecido que as questões judiciais entre Segurado e Seguradora serão dirimidos 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.

35. ARBITRAGEM

Para dirimir qualquer dúvida ou questão resultante deste Contrato de Seguro, entre o Segurado e a Seguradora, é facultada a adesão do Segurado à “Cláusula Compromissória de Arbitragem”, nos termos da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, que poderá ser feita mediante assinatura em documento apartado, o qual, uma vez assinado, fará parte integrante do presente Contrato de Seguro.

Ao concordar com a aplicação desta cláusula, o Segurado estará se comprometendo a resolver todos os litígios com esta Seguradora por meio de Juízo Arbitral, cujas sentenças têm o mesmo efeito que as sentenças proferidas pelo Poder Judiciário.

36. CLÁUSULA ADICIONAL DE EXCLUSÃO PARA ATOS DE TERRORISMO

Não obstante o que em contrário possam dispor as Condições Gerais, especiais e/ou particulares do presente Seguro, fica entendido e acordado que, não estarão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

37. DOCUMENTOS DO SEGURO

37.1. São documentos do presente Seguro a proposta com seus anexos e, quando for o caso, o respectivo questionário e a ficha de informações.

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

37.3. 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.

38. OUVIDORIA

A Seguros Unimed, sempre preocupada em garantir a satisfação de seus clientes, instituiu a Ouvidoria, que tem como principal função estreitar o relacionamento com os clientes, mediante a defesa dos seus direitos, esclarecendo-os dos seus direitos e deveres, com o propósito de prevenir e solucionar conflitos.

É um canal de acesso e comunicação diferenciado, em função das suas características de autonomia, independência e imparcialidade.

Ela não substitui e nem invalida a atuação dos canais de atendimento hoje existentes na Companhia, mas está sempre pronta a atendê-lo caso não tenha obtido sucesso em seu pedido e/ou reclamação junto aos outros canais como: Fale Conosco, Central de Relacionamento e outras áreas competentes.

Por meio da Ouvidoria, os clientes podem apresentar suas solicitações que são: as manifestações, reclamações, consultas, comentários, críticas, sugestões e elogios.

Quem pode recorrer à Ouvidoria da Seguros Unimed:

Todos os segurados (Pessoas Físicas e Jurídicas), seu representante legal, procurador, beneficiários, corretores (atuando em nome dos segurados), que tenham esgotado as tentativas de solução do problema junto aos demais canais de comunicação da empresa, que não concordem com a decisão adotada pela área responsável e/ou não obtiveram sucesso em seus pleitos junto a Seguros Unimed, e ainda, que não tenham recorrido à esfera judicial.

Como e onde recorrer:

As manifestações direcionadas à Ouvidoria Seguros Unimed, podem ser efetuadas preferencialmente por escrito, contendo, no mínimo:

- o nome do segurado, CPF ou CNPJ, ramo do seguro, número da apólice / proposta, número do sinistro (se houver), descrição detalhada do assunto, telefone, e-mail e endereço para contato.

As manifestações podem ser enviadas das seguintes formas:

- Pelo site: www.segurosunimed.com.br/ouvidoria/ e preencha o formulário.

- Por e-mail: ouvidoria@segurosunimed.com.br

- Por carta, diretamente à Ouvidoria da Seguros Unimed, endereçada à:

Seguros Unimed – Ouvidoria

Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - 8º andar

Cerqueira César - São Paulo – SP

CEP:01410-901

- Por telefone: **0800 001 2565, no horário das 9 às 18 horas em dias úteis.**

- **Presencial, com atendimento no horário das 9 às 18 horas, em dias úteis, na sede da Seguros Unimed localizada na:**

Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346

Cerqueira César - São Paulo - SP

CEP:01410-901



CONDIÇÕES ESPECIAIS

CHEFE DE EQUIPE

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

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÃO

1. DEFINIÇÕES

CHEFE DE EQUIPE MÉDICA: Pessoa física, que no exercício da profissão médica, de dentista, e ou outra profissão da área de saúde, executa as atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria e supervisão, desde que vinculadas, de forma imediata e direta a procedimentos médicos referentes a sua especialidade.

2. OBJETO

Este seguro garante ao Segurado, até o Limite Máximo de Garantia, e através do **pagamento de prêmio adicional**, o interesse segurado em relação à sua responsabilidade civil profissional, mediante indenização dos danos causados a Terceiros que o mesmo venha a ser obrigado a reparar decorrentes de erros ou omissões cometidos no exercício da função de **CHEFE DE EQUIPE** médica, odontológica ou outra profissão da área de saúde, exclusivamente na especialidade segurada descrita no Certificado Individual, pelos quais venha a ser civilmente responsável.

Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

3. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se integralmente as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

EXTENSÃO DE COBERTURA PARA PESSOA JURÍDICA

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

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÃO

1. DEFINIÇÕES

COOPERATIVA DE TRABALHO: As Sociedades Cooperativas têm por finalidade a prestação de serviços aos associados para o exercício de uma atividade comum, econômica, sem que tenha, objetivo de lucro. É uma estrutura de prestação de serviços voltada ao atendimento de seus associados sem finalidade lucrativa (art. 3º da Lei nº 5.764/71).

2. OBJETO

Declara-se para os devidos fins e efeitos que, o Seguro de Responsabilidade Civil Profissional para o Profissional (Pessoa Física) da Saúde contratado no presente Contrato de Seguro, terá automaticamente Cláusula Específica de Extensão de Cobertura para Pessoa Jurídica até o Limite Máximo de Garantia desde que devidamente comunicado o(s) CNPJ e Razão Social quando da inclusão do Segurado na Apólice, respeitando o disposto abaixo:

A Empresa da qual o Segurado é Sócio ou Cooperado, no caso de Cooperativa de Trabalho, desde que a Reclamação seja unicamente decorrente de ato e/ou omissão por este último praticado e exclusivamente no desempenho de sua atividade profissional, como profissional de saúde com especialidade, Razão Social e CNPJ informados no momento da contratação deste Contrato de Seguro, em eventual Prestação de Serviços contratada por intermédio da Empresa ou Cooperativa de Trabalho acima referida.

Demais condições gerais deste Contrato de Seguro, permanecem inalteradas.

Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

3. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se integralmente as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.



CONDIÇÕES PARTICULARES

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

EXTENSÃO DO PERÍODO DE RETROATIVIDADE

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÃO

CONDIÇÃO PARTICULAR - EXTENSÃO DO PERÍODO DE RETROATIVIDADE

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

Se antes da contratação da presente Apólice 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 desde que, cumulativamente:

- (i) O Período de Retroatividade da Apólice precedente na outra Seguradora não tenha sido integralmente assumido pela presente Apólice;
- (ii) O Prazo Complementar da Apólice precedente na outra Seguradora for igual ou superior a 36 meses;
- (iii) O Segurado não tenha perdido o direito, na Apólice da outra Seguradora, ao Prazo Complementar; fica estabelecido que:

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

Uma vez transcorrido integralmente o Prazo Complementar contratado na outra seguradora, a presente Apólice assumirá, automaticamente, para novas reclamações, a totalidade do Período de Retroatividade concedido na última Apólice contratada junto à outra Seguradora.

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 à esta Seguradora.

Ratificam-se integralmente as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Particulares.



CONDIÇÕES PARTICULARES

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

LIMITE AGREGADO

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÃO

CONDIÇÃO PARTICULAR – LIMITE AGREGADO

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

1. O item 11.2. da Cláusula **11. LIMITE AGREGADO** passa a vigorar com a seguinte redação:

11.2. O valor do Limite Agregado corresponde ao resultado da multiplicação do valor do Limite Máximo de Indenização pelo percentual de Limite Agregado, ambos especificados no frontispício da presente 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 24.14.2. da Cláusula **24. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** passa a vigorar com a seguinte redação:

24.14.2. 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, não poderá ultrapassar o Limite Máximo de Garantia fixado para a Apólice, ou, em uma série de sinistros, conforme aplicável, o Limite Agregado da mesma.

Ratificam-se integralmente as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Particulares.