

**CONDIÇÕES GERAIS****ESTA É UMA APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÃO****PERÍODO DE RETROATIVIDADE, CONFORME DESCRITO NA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE****CLÁUSULA 1ª – DEFINIÇÕES**

As definições descritas abaixo são gerais e aplicáveis exclusivamente quando expressamente mencionadas nesta APÓLICE de SEGURO. Compõem-se de palavras e expressões comumente usadas pelo mercado segurador e, por vezes, desconhecidas pelo SEGURADO. O objetivo é de esclarecer eventuais dúvidas que porventura possam existir na leitura e interpretação das CONDIÇÕES GERAIS, ESPECIAIS, PARTICULARES e Específicas que regem este SEGURO.

Qualquer eventual discordância com relação ao texto legal, este último prevalecerá.

ANVISA: é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil. Exerce o controle sanitário de todos os produtos e serviços, nacionais ou importados, de medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes, derivados de tabaco, produtos médicos, sangue, hemoderivados e serviços de saúde. Também é responsável pela aprovação de processos, insumos, equipamentos e tecnologia relacionados à saúde.

APÓLICE – É o documento que formaliza o contrato de SEGURO, estabelecendo os direitos e as obrigações da SEGURADORA e do SEGURADO. A APÓLICE é composta pelas CONDIÇÕES GERAIS, CONDIÇÕES ESPECIAIS e CLÁUSULAS PARTICULARES, bem como, pelos ENDOSSOS emitidos durante a VIGÊNCIA DA APÓLICE, PROPOSTA DE SEGURO, ficha de informações e outros documentos cujas informações serviram de base para a análise prévia do RISCO.

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES – Forma alternativa de contratação de SEGURO de responsabilidade civil, em que se define, como objeto do SEGURO, o pagamento e/ou reembolso das quantias, respectivamente, devidas ou pagas a TERCEIROS, pelo SEGURADO, a título de reparação de DANOS, estipuladas por tribunal civil ou por acordo aprovado pela SEGURADORA desde que:

- a) Os DANOS ou o FATO GERADOR tenham ocorrido durante o PERÍODO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE ou durante o PERÍODO DE RETROATIVIDADE DE COBERTURA contratualmente previsto; e
- b) O TERCEIRO apresente RECLAMAÇÃO ao SEGURADO durante o PERÍODO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, ou durante o PRAZO ADICIONAL, conforme estabelecido no CONTRATO de SEGURO.

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES, COM NOTIFICAÇÕES – Tipo especial de APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES que cobre, também, RECLAMAÇÕES futuras de TERCEIROS prejudicados, relativas a fatos ou circunstâncias ocorridos entre a DATA LIMITE DE RETROATIVIDADE, inclusive, e o término de VIGÊNCIA DA APÓLICE, desde que tenham sido notificados pelo SEGURADO, durante a VIGÊNCIA da APÓLICE.

ATO DO BOM SAMARITANO: É o atendimento realizado pelo SEGURADO em uma emergência médica, acidente, primeiros socorros ou catástrofe, seja por causalidade ou por responder a um pedido de ajuda (SOS), fora de seu expediente regular.

**CONDIÇÕES GERAIS**

**ATO PROFISSIONAL** - É o serviço profissional que o SEGURADO e/ou todos seus EMPREGADOS reconhecidos como PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE, habilitados junto aos seus órgãos de classe, prestam a TERCEIROS/PACIENTES. Entende-se como tal, o conjunto de atividades como: consulta médica, exame físico, formulação de hipóteses diagnósticas ou de diagnósticos, interpretação de exames complementares, a prescrição e/ou administração de medicamentos, o procedimento cirúrgico ou psiquiátrico, periciais, a emissão de documentos médicos, primeiros socorros e procedimentos de enfermagem e demais procedimentos profissionais necessários e inerentes ao exercício da profissão.

**AUXILIAR DA MEDICINA**- 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.

**CERTIFICADO DE SEGURO** - Documento destinado ao SEGURADO, emitido pela SEGURADORA, que comprova a inclusão do SEGURADO na APÓLICE coletiva, a RENOVAÇÃO do SEGURO ou a alteração de valores do LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI) ou do PRÊMIO.

**CANCELAMENTO DA APÓLICE** – É a dissolução antecipada do contrato de SEGURO, que pode ocorrer pelos motivos previstos por esta APÓLICE.

**CFM** – É o Conselho Federal de Medicina.

**CFO** – É o Conselho Federal de Odontologia.

**CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR** – Clínica que possui ao menos médico como sócio e que também possuem os seguintes atendimentos e profissionais devidamente aptos e habilitados pelos seus respectivos CONSELHOS DE CLASSE: Enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, esteticista, psicólogo, terapeuta ocupacional, massoterapeuta, quiroprata e acupunturista.

**COMUNICAÇÃO DE SINISTRO OU AVISO DE SINISTRO** – Obrigação imposta ao SEGURADO de comunicar formalmente a ocorrência do SINISTRO à SEGURADORA, indicando data e local de ocorrência, causa e consequências prováveis, afim de que esta possa iniciar o processo de verificação de cobertura, regulação do SINISTRO e pagamento da INDENIZAÇÃO.

**CONDIÇÕES CONTRATUAIS** - Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes na PROPOSTA DE SEGURO, da APÓLICE, das CONDIÇÕES GERAIS, ESPECIAIS e PARTICULARES, quando houver, de um mesmo plano de SEGURO, do contrato, e do certificado individual.

**CONDIÇÕES ESPECIAIS** - Consiste nas disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de SEGURO, que eventualmente modificam as CONDIÇÕES GERAIS.

**CONDIÇÕES GERAIS** - Conjunto de cláusulas comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um mesmo plano de SEGURO, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes, discrimina o objeto SEGURADO, suas coberturas, exclusões aplicáveis e garantias contratadas pelo SEGURADO.

**CONDIÇÕES PARTICULARES E/OU CLÁUSULAS PARTICULARES** - Conjunto de cláusulas que alteram as CONDIÇÕES GERAIS e/ou especiais de um plano de SEGURO, modificando ou

**CONDIÇÕES GERAIS**

cancelando disposições já existentes, ou ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.

**CONSELHO DE CLASSE** – São instituições formadas por profissionais de determinada profissão. É um órgão de classe que tem natureza consultiva e deliberativa para determinado segmento e também têm função de fiscalizadora e disciplinadora das profissões regulamentadas.

**CORRETOR DE SEGUROS** - Pessoa devidamente credenciada por meio de curso e exame de habilitação profissional, autorizada pelos órgãos competentes a promover a intermediação de APÓLICE de SEGUROS e sua administração, podendo constituir-se como pessoa física ou jurídica na forma da lei, devidamente credenciada para tal na SUSEP, obtendo para tanto a remuneração denominada Comissão de Corretagem.

**CRM** - É o Conselho Regional de Medicina.

**CRO** - É o Conselho Regional de Odontologia.

**CULPA GRAVE** - É o ato ilícito praticado em razão de NEGLIGÊNCIA, IMPRUDÊNCIA e IMPERÍCIA, que pelas características da ação do agente, se equipara ao DOLO, ou seja, embora o resultado fosse previsível e esperado, o agente não tinha a intenção de praticar o DANO, mas assumiu o RISCO. A CULPA GRAVE é um RISCO EXCLUÍDO na APÓLICE.

**CUSTOS DE DEFESA** - São os honorários advocatícios, honorários periciais, custas judiciais, taxas administrativas e despesas necessárias inerentes a processos judiciais ou administrativos, tais como: despesas postais com citações e intimações, diligências dos oficiais de justiça, taxa judiciária, despesas com porte de remessa e retorno de autos, e que tenham sido incorridas com o consentimento prévio e por escrito da SEGURADORA, com relação a uma RECLAMAÇÃO. Não são considerados CUSTOS DE DEFESA as despesas incorridas com quaisquer procedimentos que ainda não tenham se tornado uma RECLAMAÇÃO.

**DANO** – Prejuízo(s) decorrente(s) de um EVENTO.

**DANO CORPORAL** - Qualquer doença ou lesão corporal sofrida por pessoa, inclusive morte ou invalidez consequente de EVENTO súbito e imprevisível.

**DANO MATERIAL** - Qualquer DANO físico à propriedade tangível, inclusive todas as perdas materiais relacionadas com o uso dessa propriedade consequente de EVENTO súbito e imprevisível.

**DANO ESTÉTICO** - Subespécie de DANO CORPORAL que se caracteriza pela redução ou eliminação de padrão de beleza anterior ao FATO GERADOR, mas sem ocorrência de sequelas que interfiram na funcionalidade do organismo ou na saúde física do indivíduo. Nesse contrato não se considera DANO ESTÉTICO a insatisfação com resultados.

**DANO MORAL** - Toda lesão, praticada por outrem, ao patrimônio psíquico ou à dignidade da pessoa, ou, de forma mais ampla, aos direitos da personalidade, causando sofrimento psíquico, escândalo, humilhação, constrangimento, ridicularização, exclusão ou qualquer tipo de desconforto, independente da ocorrência simultânea de DANOS MATERIAIS ou físicos à pessoa. Para as pessoas jurídicas, o DANO MORAL é o DANO à imagem da empresa, que resulta em PERDAS FINANCEIRAS indiretas,

**CONDIÇÕES GERAIS**

não contabilizáveis, decorrentes de ofensa ao seu nome ou à sua imagem, independente da ocorrência simultânea de outros DANOS.

**DATA LIMITE DE RETROATIVIDADE** – Data igual ou anterior ao início da VIGÊNCIA da primeira de uma série sucessiva e ininterrupta de APÓLICES À BASE DE RECLAMAÇÕES, a ser pactuada pelas partes por ocasião da contratação inicial do SEGURO.

**DIREITO DE REGRESSO** – É o direito que tem a SEGURADORA, uma vez indenizado o SEGURADO por ocasião de um SINISTRO tecnicamente amparado, de se ressarcir da quantia paga, cobrando-a do eventual TERCEIRO responsável direto pelo SINISTRO. Ver "SUB-ROGAÇÃO".

**DOLO** – Está relacionado com a má-fé do agente. É o ato consciente e intencional de causar DANO e/ou prejuízo a outrem, levar vantagem ou praticar uma ação criminosa.

**EMPREGADO** – É a pessoa física a serviço do SEGURADO, de forma empregatícia, associativa e/ou terceirizada, a qual é remunerada por meio de salários, bônus e/ou comissões e que recebe do SEGURADO instruções e direcionamentos do(s) serviço(s) realizado(s).

**ENDOSSO** - Instrumento pelo qual a SEGURADORA formaliza qualquer alteração numa APÓLICE de SEGURO. O mesmo que aditamento e aditivo.

**ESPECIALIDADE SEGURADA** - A prestação de serviços e tratamentos profissionais por parte do 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 SEGURADO estiver habilitado para o seu exercício, cumprindo todos os requisitos exigidos pelas autoridades competentes.

**ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE** - Documento que reúne conjunto de informações sobre o SEGURO contratado, tais como: SEGURADO, atividade da empresa segurada, local(is) de RISCO, limites, PRÊMIOS, FRANQUIAS, VIGÊNCIA do SEGURO, enumeração de cláusulas aplicáveis, entre outros.

**EVENTO** – Termo que define um acontecimento previsto ou não no contrato de SEGURO, do qual resulta em DANO.

**ESTIPULANTE** - ESTIPULANTE é a pessoa física ou jurídica que contrata APÓLICE coletiva de SEGUROS, ficando investido dos poderes de representação dos SEGURADOS perante a sociedades SEGURADORA, nos termos da legislação e regulação em vigor.

**FALHA PROFISSIONAL OU FATO GERADOR** - Qualquer ato médico, odontológico ou de PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE executado com culpa, assim como qualquer erro, omissão ou descumprimento do dever incorrido no exercício da ESPECIALIDADE SEGURADA que produza DANOS garantidos por este SEGURO e atribuídos por TERCEIROS prejudicados ao SEGURADO. Serão considerados como um único erro ou omissão, os vários erros ou uma série de erros ou omissões cometidos no exercício da profissão de médico, dentista, AUXILIAR DA MEDICINA e/ou de outros PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE, durante o PERÍODO DE VIGÊNCIA e pelos quais o SEGURADO venha a ser civilmente responsável, desde que estejam relacionados entre si, derivem um do outro, tenham a mesma origem, sejam o resultado de uma mesma causa, ou tenham sido

**CONDIÇÕES GERAIS**

cometidos dentro do âmbito de tratamento da mesma enfermidade ou lesão do mesmo PACIENTE/TERCEIRO.

FRANQUIA – É o valor inicial dos prejuízos indenizáveis, absorvido exclusivamente pelo SEGURADO.

**GERENCIAMENTO DE RISCOS** - O conjunto de medidas destinadas a identificar os RISCOS pelos quais o médico, dentista ou outro PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE pode incorrer na sua atividade, objetivando prevenir ou minimizar os DANOS e/ou perdas derivados de um eventual SINISTRO.

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

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

A IMPERÍCIA pode ser vista como caso particular de IMPRUDÊNCIA.

**IMPRUDÊNCIA:** Ato praticado sem cautela, ou de forma imoderada, ou, ainda, desprovido da preocupação de evitar erros ou enganar.

**INCIDENTE (S) TRANSFUSIONAL (AIS)** – são agravos ocorridos durante ou após a transfusão sanguínea, e a ela relacionados. Podem ser complicações relacionadas com a contaminação bacteriana, reações hemolíticas agudas - especialmente as ocasionadas por incompatibilidade do sistema ABO.

**INDENIZAÇÃO (ÕES)** – Termo que define a contraprestação da SEGURADORA ao SEGURADO para a reparação do DANO sofrido em consequência de um RISCO COBERTO. Valor que deverá ser pago ao SEGURADO ou ao beneficiário nomeado formalmente na APÓLICE no caso de ocorrência de SINISTRO coberto por esta APÓLICE.

**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.

Para fins desta APÓLICE o LIMITE AGREGADO é equivalente ao LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO.

**LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG) DA APÓLICE** – Representa o limite máximo de responsabilidade da SEGURADORA por SINISTRO, ou série de SINISTROS, levando-se em conta a totalidade dos SINISTROS ocorridos durante a VIGÊNCIA DA APÓLICE. A APÓLICE será cancelada na hipótese de serem efetuados pagamentos vinculados a um mesmo FATO GERADOR, que atinjam este limite.

**CONDIÇÕES GERAIS**

**LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI) POR COBERTURA CONTRATADA** – Limite máximo de responsabilidade da SEGURADORA, por cobertura, relativo à RECLAMAÇÃO, ou série de RECLAMAÇÕES decorrentes do mesmo FATO GERADOR. Os LIMITES MÁXIMOS DE INDENIZAÇÃO estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicando.

**LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO(S)** – É a fase final do processo de REGULAÇÃO DE SINISTRO consistindo no pagamento dos prejuízos indenizáveis sofridos pelo SEGURADO ou no mero encerramento sem INDENIZAÇÃO do processo de SINISTRO.

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

**NOTIFICAÇÃO** – 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, durante a VIGÊNCIA DA APÓLICE, fatos ou circunstâncias, potencialmente danosos, ocorridos entre a DATA LIMITE DE RETROATIVIDADE, inclusive, e o término de VIGÊNCIA DA APÓLICE.

**PACIENTE E/OU TERCEIRO** - Qualquer (i) pessoa física que receba ou tenha recebido atendimento e/ou tratamentos médicos, odontológicos e/ou de outros PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE ou (ii) animal que tenha recebido atendimento e/ou tratamentos médicos veterinários, odontológicos veterinários ou de outros profissionais da saúde veterinária, proporcionados pelo SEGURADO por razões de diagnóstico, profilaxia, curativos ou paliativos, exceto o próprio SEGURADO ou seus ascendentes, descendentes, cônjuge/companheiro(a) e irmãos, bem como qualquer outra pessoa que com ele resida ou que dele dependa economicamente, incluído seu EMPREGADO, preposto, estagiário, bolsista e assemelhado.

**PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS)** – Valor dos prejuízos indenizáveis a ser absorvido pelo SEGURADO em decorrência de um SINISTRO coberto, arcando com um percentual ou valor pré-determinado.

**PERDAS FINANCEIRAS** – Valor de PREJUÍZOS FINANCEIROS consequentes de DANOS físicos à pessoa ou de DANOS MATERIAIS a TERCEIRO em decorrência de ações ou omissões do SEGURADO inerentes ao exercício de sua atividade profissional.

**PERÍODO DE RETROATIVIDADE E/OU PERÍODO DE RETROATIVIDADE DE COBERTURA** – É a data fixada na APÓLICE como o Intervalo de tempo em que a cobertura retroagirá.

**PERÍODO DE VIGÊNCIA** - É o período de validade do SEGURO.

**PRAZO ADICIONAL** - Prazo extraordinário para a apresentação de RECLAMAÇÕES ao SEGURADO, por parte de TERCEIROS, contratado junto à sociedade SEGURADORA, com ou sem cobrança de PRÊMIO, tendo início na data do término da VIGÊNCIA DA APÓLICE ou na data de seu cancelamento.

**PREJUÍZO FINANCEIRO** - É a redução ou a eliminação de disponibilidades financeiras já existentes, tais como dinheiro, créditos e/ou valores imobiliários. Não estão incluídos neste conceito o lucro cessante, a paralisação das atividades do SEGURADO e a perda de uma chance.

**CONDIÇÕES GERAIS**

**PREJUÍZOS A TERCEIROS – DANOS** físicos à pessoa ou materiais sofridos por **TERCEIROS** consequentes de ação ou omissão do **SEGURADO**.

**PRÊMIO** – É o preço do **SEGURO**. É a quantia, prevista no contrato de **SEGURO**, como devida pelo **SEGURADO** à **SEGURADORA**.

**PRESCRIÇÃO** – Princípio jurídico que determina a extinção de um direito em consequência do transcurso do prazo legal para exercê-lo.

**PRIMEIRO RISCO ABSOLUTO** - Forma de contratação em que a **SEGURADORA** responde pela totalidade dos prejuízos cobertos até o **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI)** contratado na **APÓLICE** para cada cobertura afetada, sem a incidência de rateio, respeitada a aplicação da **FRANQUIA** e da **PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO**.

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

**PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS FACIAIS**: Procedimentos de cunho ou finalidade estética não relacionada a qualquer tipo de enfermidade ou tratamento odontológico do **PACIENTE** que aconteça na região da face do **PACIENTE**. Para fins de entendimento, implantes, limpezas, lentes de contato, ortodontia não fazem parte desta definição. Os demais termos, condições e exclusões da **APÓLICE** permanecem inalterados.

**PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS MINIMAMENTE INVASIVOS**: Procedimentos injetáveis como aplicação de toxina botulínica, peeling químico, aplicação de ácido hialurônico e similares, para fins estéticos, que não demandam a realização de grandes cortes e que não necessitam de internação.

**PROFISSIONAL (AIS) DA ÁREA DA SAÚDE** - É o profissional devidamente habilitado de acordo com as exigências dos órgãos reguladores da profissão a praticar atividades na área da saúde.

**PROPONENTE** – Pessoa física ou jurídica que pretende fazer **SEGURO** e que, para esse fim, firma **PROPOSTA**.

**PROPOSTA OU PROPOSTA DE SEGURO** - Documento que deve ser preenchido e assinado pelo **PROPONENTE**, seu representante legal ou por **CORRETOR DE SEGUROS** habilitado, propondo as condições de contratação do **SEGURO** e contendo os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do **RISCO**. A **PROPOSTA** é a base do contrato de **SEGUROS**, dele fazendo parte integrante.

**PRÓ-RATA TEMPORIS** – Prazo de cobertura da **APÓLICE** calculado pela divisão do **PRÊMIO** do **SEGURO** pelo número de dias de **VIGÊNCIA DA APÓLICE**.

**QUESTIONÁRIO** – É o documento preenchido pelo **SEGURADO** antes da emissão da **APÓLICE** sobre o **RISCO** a ser aceito pela **SEGURADORA**, sendo parte integrante da **APÓLICE**.

**CONDIÇÕES GERAIS**

**REGULAÇÃO DE SINISTRO** – É o processo de apuração das causas e circunstâncias da ocorrência de um **EVENTO** formalmente comunicado pelo **SEGURADO** à **SEGURADORA** e dos prejuízos indenizáveis.

**RENOVAÇÃO** – É a contratação de um novo **SEGURO**, sem interrupção de **PERÍODO DE VIGÊNCIA** de cobertura, geralmente por meio da emissão de uma nova **APÓLICE**, novo bilhete ou **ENDOSSO** na **APÓLICE** já subscrita, em condições eventualmente semelhantes às que vigoravam anteriormente ou sob novas condições.

**RESCISÃO** – Dissolução antecipada da **APÓLICE** de **SEGURO** por acordo das partes. Quando não há acordo, usa-se o termo “cancelamento”.

**RISCO** – É o acontecimento futuro, incerto e imprevisível que pode resultar em **DANOS**.

**RISCO COBERTO** – É o **RISCO**, previsto no contrato de **SEGURO**, cujas consequências monetárias serão indenizadas pela **SEGURADORA**, até o **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO**.

**RISCO EXCLUÍDO** – É o **RISCO** não coberto pelo contrato de **SEGURO** e relacionado na **APÓLICE**.

**RECLAMAÇÃO (ÕES)** – Corresponde às notificações extrajudiciais e/ou judiciais efetuadas pelo **TERCEIRO PREJUDICADO** contra o causador do **DANO** e/ou responsável pelo **DANO**, pleiteando reparação por tais **DANOS**.

**SEGURADO** - É a pessoa física, ou jurídica, que tendo interesse segurável, contrata o **SEGURO**. É designada na **ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE** e que, na condição de profissional médico, odontológico, **AUXILIAR DA MEDICINA** e/ou outro **PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE**, sempre que:

- I. Tiver solicitado a sua adesão à **APÓLICE** mediante a apresentação de uma **PROPOSTA** que contenha os detalhes e declarações relativas ao **RISCO**; e
- II. Tiver recebido uma confirmação escrita da **SEGURADORA** em forma direta ou indireta da sua inclusão na **APÓLICE**, mas somente em seu caráter de prestador de serviços profissionais e tratamentos no exercício de sua **ESPECIALIDADE SEGURADA** e no âmbito das atividades definidas na **ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE** e aceitas pela **SEGURADORA**.

**SEGURADORA** - Empresa legalmente autorizada a subscrever as consequências monetárias sofridas pelos **SEGURADOS** decorrentes de **EVENTOS** sobre os **RISCOS** especificados, conforme **PROPOSTA (S)** de **SEGURO**, que lhe fora(m) encaminhada(s) pelo(s) **SEGURADO(S)** e/ou seu representante legal. Neste **SEGURO** a **FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A**.

**SEGURO** – Contrato através do qual a **SEGURADORA** se obriga, mediante o pagamento do **PRÊMIO**, a garantir interesse legítimo do **SEGURADO** contra **RISCOS** nele pré-determinados.

**SINISTRO (OS)** – É a ocorrência de uma ação e/ou omissão que tenha produzido um **DANO** e/ou prejuízo a um **TERCEIRO**, do qual o **SEGURADO** seja considerado civilmente responsável, derivado necessariamente de **FALHA PROFISSIONAL** ou **FATO GERADOR** previsto na **APÓLICE**. Considerar-se-á como um só e mesmo **SINISTRO** o conjunto dos **DANOS** e **PREJUÍZOS** derivados de uma



**CONDIÇÕES GERAIS**

mesma causa, independentemente do número de prejudicados e se entenderá que ditos DANOS e PREJUÍZOS se produziram no momento cronológico em que ocorreu o primeiro deles, estando, assim, sujeito aos limites e FRANQUIAS por SINISTRO fixados na APÓLICE. O conjunto de DANOS CORPORAIS, DANOS MATERIAIS, DANOS MORAIS e/ou DANOS ESTÉTICOS decorrentes de um mesmo ATO PROFISSIONAL é considerado como um único SINISTRO.

**SUBLIMITE** – É aquele que não apresenta limite SEGURADO único isolado, integrando-se ao LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI) da cobertura básica e/ou principal.

**SUB-ROGAÇÃO** – A SUB-ROGAÇÃO tem lugar no SEGURO quando, após o SINISTRO e paga a INDENIZAÇÃO pela SEGURADORA, esta substitui o SEGURADO nos seus direitos e ações legais contra o TERCEIRO responsável pelo SINISTRO.

**TERCEIRO** – Pessoa física ou jurídica que, envolvida num SINISTRO, não represente nenhuma das duas partes da APÓLICE de SEGURO (SEGURADO e SEGURADORA), em virtude de uma relação indireta, pode nele aparecer como reclamante de INDENIZAÇÕES ou benefícios. Não são considerados TERCEIROS os ascendentes, os descendentes, o cônjuge, bem como quaisquer parentes que com o SEGURADO residam, ou dele dependam economicamente e, ainda, os EMPREGADOS(S)s ou prepostos, sócios dirigentes da Empresa Segurada.

**VIGÊNCIA / VIGÊNCIA DA APÓLICE / PERÍODO DE VIGÊNCIA** – É o período de tempo fixado para validade do SEGURO (ou cobertura).

**CLÁUSULA 2ª – DISPOSIÇÕES GERAIS E PRELIMINARES**

2.1. A aceitação do SEGURO estará sujeita à análise do RISCO.

2.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização; O presente produto foi registrado na SUSEP sob nº 15414.612655/2020-92.

2.3. O SEGURADO poderá consultar a situação cadastral de seu CORRETOR DE SEGUROS, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

2.4. A emissão da APÓLICE será feita em até 15 (quinze) dias, após a data de aceitação da PROPOSTA.

2.5. Fará prova do contrato de SEGURO a exibição da APÓLICE ou, na falta desta, a apresentação do documento comprobatório do pagamento do respectivo PRÊMIO.

2.6. No caso desta APÓLICE ter sido emitida com cosseguro cedido, as cosseguradoras discriminadas na especificação da mesma assumem cada uma, direta e individualmente, a quota de responsabilidade que lhes couber, sem solidariedade entre si, até o respectivo limite máximo de sua participação mencionado na APÓLICE, cujas “CONDIÇÕES GERAIS e/ou ESPECIAIS e/ou CLÁUSULAS PARTICULARES”, impressas, ficam valendo para todas as cosseguradoras.

**CONDIÇÕES GERAIS**

2.7. Entende-se como “Líder” do presente SEGURO esta SEGURADORA, a qual tem a seu cargo os serviços de coordenação do SEGURO em todas as suas fases. O SEGURADO, em virtude desta designação, assume o compromisso de dirigir à “Companhia Líder” todas as comunicações a que estiver obrigado por força das “CONDIÇÕES GERAIS, ESPECIAIS e CLÁUSULAS PARTICULARES” desta APÓLICE, cabendo ao mesmo a responsabilidade nos termos das referidas condições pelo seu não cumprimento.

2.8. Este SEGURO foi contratado com emissão de APÓLICE única tendo esta sociedade, na qualidade de Líder, efetuado em seus registros oficiais o lançamento completo da operação, por si e pelas cosseguradoras.

2.9. Qualquer alteração que venha a ser solicitada pelo SEGURADO nas condições desta APÓLICE, deverá ser enviada ao Departamento de Subscrição desta SEGURADORA para análise e pronunciamento mediante comunicação formal.

2.10. O presente SEGURO é contratado pelo SEGURADO em acordo com a PROPOSTA encaminhada a esta SEGURADORA e compõem-se de CONDIÇÕES GERAIS, ESPECIAIS e CLÁUSULAS PARTICULARES, cujas limitações, obrigações e responsabilidades das partes sugerem a leitura integral da APÓLICE.

**CLÁUSULA 3ª – OBJETIVO DO SEGURO**

3.1. A SEGURADORA declara a aceitação do RISCO objeto da presente APÓLICE, ressalvados os RISCOS EXCLUÍDOS discriminados abaixo.

**CLÁUSULA 4ª – OBJETO DO SEGURO**

4.1. O presente SEGURO tem por objeto garantir, até o **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO**, o pagamento de INDENIZAÇÕES ao **SEGURADO**, das quantias pelas quais o mesmo vier a ser responsável civilmente, em sentença judicial transitada em julgado ou em acordo autorizado de modo expresso pela **SEGURADORA**, por DANOS causados a TERCEIROS durante a prestação de serviços profissionais descritos na **ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE**, pelos quais o **SEGURADO** seja responsabilizado civilmente, de acordo com os termos e condições desta APÓLICE desde que verificadas, simultaneamente, as seguintes condições:

- a) Que os DANOS ocorram na VIGÊNCIA do presente contrato ou em data não anterior à “data retroativa de cobertura” indicada nesta APÓLICE;
- b) Que as RECLAMAÇÕES por tais DANOS sejam apresentadas à SEGURADORA na VIGÊNCIA deste contrato ou durante o PRAZO ADICIONAL.

**CLÁUSULA 5ª – SEGURADO**

5.1. Entende-se como SEGURADO a pessoa física ou jurídica discriminada na ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE.

**CONDIÇÕES GERAIS****CLÁUSULA 6ª – FORMA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO**

6.1. Trata-se de um SEGURO a PRIMEIRO RISCO ABSOLUTO, isto é, a SEGURADORA responderá pelos prejuízos de sua responsabilidade até o **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO** (LMI) da APÓLICE.

**CLÁUSULA 7ª – LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA E LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO**

7.1. O LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI), indicado na ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE, representa o Limite Máximo de Responsabilidade assumido pela SEGURADORA, por SINISTRO ou ocorrência, assim como, o total máximo indenizável, por todas as coberturas relativas à RECLAMAÇÃO, ou série de RECLAMAÇÕES decorrentes do mesmo FATO GERADOR.

7.2. Todos os prejuízos decorrentes de um mesmo EVENTO serão considerados como um único SINISTRO, qualquer que seja o número de reclamantes.

7.3. Uma vez prevendo limites SEGURADOS distintos por cobertura, fica entendido e acordado que, se um EVENTO ou uma série de EVENTOS vier a atingir mais de uma dessas coberturas, a responsabilidade máxima da SEGURADORA, no EVENTO, não poderá ultrapassar o valor equivalente ao maior limite SEGURADO acionado pelo SINISTRO e especificado na APÓLICE.

7.4. Fica, ainda, entendido e acordado que os valores referentes aos SINISTROS efetivamente pagos serão deduzidos dos LMI's das coberturas acionadas à medida que forem sendo apresentados à SEGURADORA.

7.5. Fica estabelecido que, em caso de SINISTRO, se ficar constatado que os valores que serviram de base para a fixação do PRÊMIO de SEGURO na emissão da APÓLICE foram inferiores aos contabilizados pelo SEGURADO, a INDENIZAÇÃO será reduzida proporcionalmente à diferença entre o PRÊMIO devido e o pago.

**CLÁUSULA 8ª – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA APÓLICE**

8.1. Salvo disposição em contrário na ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE, considera-se como âmbito geográfico das coberturas todo o território nacional.

**CLÁUSULA 9ª – COBERTURAS**

9.1. Nas condições desta APÓLICE estão incluídas todas as coberturas contratadas, com especificação dos RISCOS COBERTOS.

9.2. As exclusões específicas relativas a cada cobertura estarão inseridas após a descrição dos RISCOS COBERTOS nas CONDIÇÕES ESPECIAIS e CLÁUSULAS PARTICULARES.

9.3. No caso do SEGURO conjugar mais de uma cobertura, serão identificadas na ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE, denominações distintas para definir o limite de responsabilidade da

**CONDIÇÕES GERAIS**

SEGURADORA em cada cobertura e/ou o valor máximo indenizável pela APÓLICE de SEGURO, em um ou mais SINISTROS ou coberturas.

9.4. Caso a APÓLICE tenha mais de uma cobertura, estará mencionado na especificação se tais coberturas poderão ser contratadas isoladamente.

**9.5. RISCOS COBERTOS:**

Consideram-se RISCOS COBERTOS a Responsabilidade Civil do SEGURADO, caracterizada na forma da **CLÁUSULA 4ª** destas Condições e relacionada com:

- a) RECLAMAÇÃO por qualquer DANO CORPORAL e/ou DANO MATERIAL e/ou DANO MORAL e/ou DANO ESTÉTICO sofrido pelo PACIENTE/TERCEIRO, conseqüente de falha na prestação de serviços profissionais, cometidos no exercício da profissão de médico, dentista ou outra profissão da área da saúde pelo qual o SEGURADO venha a ser responsabilizado por sentença judicial civil transitada em julgado, ou em acordo previamente autorizado, por escrito, pela SEGURADORA;
- b) CUSTOS DE DEFESA do SEGURADO em processos judiciais cíveis e/ou processos judiciais criminais e/ou procedimentos administrativos propostos por TERCEIROS em face do SEGURADO visando responsabilizá-lo por FALHA PROFISSIONAL que resulte em DANOS CORPORAIS e/ou DANOS ESTÉTICOS e/ou DANOS MATERIAIS e/ou DANOS MORAIS. Também estará coberto pelo contrato de SEGURO, o custo de eventuais fianças que forem exigidas para assegurar as ações judiciais cíveis em trâmite contra o SEGURADO, desde que tais despesas e honorários advocatícios estejam relacionados a um RISCO COBERTO na APÓLICE, sempre limitado ao LMI previsto na APÓLICE.  
Os honorários advocatícios contratuais, honorários periciais e demais custas estarão sujeitos a aprovação prévia da SEGURADORA, salvo disposição em contrário na ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE. O advogado poderá ser referenciado pela SEGURADORA ou de livre escolha por parte do SEGURADO.
- c) DANOS e/ou despesas, realizadas pelo SEGURADO, durante e/ou após o SINISTRO, ao empreender ações emergenciais para combater ou minorar os DANOS causados a TERCEIROS/PACIENTES, que tenham sido comprovadas ou confirmadas por vistoria de SINISTRO efetuada pela SEGURADORA para os RISCOS COBERTOS por esta APÓLICE, respeitado o LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO contratado e as demais disposições contratuais.
- d) Devolução de honorários pagos pelos PACIENTES ao SEGURADO, quando exigida no contexto de uma RECLAMAÇÃO por FALHA PROFISSIONAL, e desde que tal devolução de honorários seja devidamente autorizada pela SEGURADORA.
- e) Despesas de Gerenciamento de Crises, evidenciada pela necessidade da contratação de empresa de comunicação e proteção de imagem em benefício do SEGURADO, no caso de uma RECLAMAÇÃO ou expectativa de RECLAMAÇÃO documentada;
- f) Reembolso de RECLAMAÇÕES futuras de TERCEIROS prejudicados, relativas a fatos ou circunstâncias ocorridas entre a DATA LIMITE DE RETROATIVIDADE, inclusive, e o término

**CONDIÇÕES GERAIS**

de VIGÊNCIA DA APÓLICE, desde que tenham sido notificados pelo SEGURADO, durante a VIGÊNCIA DA APÓLICE.

- g) RECLAMAÇÃO movida por TERCEIRO contra Pessoa Jurídica da qual o SEGURADO seja sócio, prestador de serviços ou EMPREGADO, exclusivamente motivada por ATOS PROFISSIONAIS do próprio SEGURADO, e que tal ATO PROFISSIONAL esteja compreendido na especialidade médica declarada na APÓLICE.
- h) RECLAMAÇÕES decorrentes da demora ou recusa justificada no atendimento de PACIENTES em situação de emergência.
- i) As despesas de defesa do SEGURADO e eventuais condenações que lhe sejam imputadas, caso o SEGURADO seja envolvido em demanda judicial decorrente alegada Infecção Hospitalar, nos termos das definições vigentes e emanadas pela **Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA**, contraída por PACIENTE(s) sob sua responsabilidade.
- j) Os custos e despesas necessárias para a restituição e reparação decorrentes de perda, roubo ou DANO de exame(s) e/ou laudo(s) de cliente(s) do SEGURADO, desde que tal(is) documento(s) estejam legalmente sob sua posse, até o LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO indicado na ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE.
- k) RECLAMAÇÕES decorrentes de calúnia, injúria e/ou difamação, quando alegado por algum TERCEIRO, contra o SEGURADO, no desempenho da PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS contratados. As despesas de defesa, bem como o pagamento da indenização, caso seja necessário.
- l) INDENIZAÇÕES de valores monetários decorrentes de RECLAMAÇÃO feita, de acordo com as CONDIÇÕES da APÓLICE, contra seus herdeiros, o seu espólio ou representante legal, caso o SEGURADO venha a tornar-se incapaz civilmente ou mesmo falecer.
- m) RECLAMAÇÕES decorrentes do uso de sangue e derivados, ocorridos dentro do(s) local (is) de risco do SEGURADO, desde que haja um programa de avaliação, controle e prevenção de INCIDENTES TRANSFUSIONAIS, realizado pelo SEGURADO ou empresa especializada contratada.
- n) RECLAMAÇÕES relacionadas ao ATO DO BOM SAMARITANO.

**9.5.1. Coberturas Exclusivas para Médicos e Hospitais**

- a) DANOS relacionados com a remoção de PACIENTES em ambulâncias e/ou aeronaves, estritamente vinculados ou dependendo dos Serviços Profissionais do SEGURADO, quando os mesmos derem ensejo a uma RECLAMAÇÃO por TERCEIRO, não incluindo DANOS relacionados a manutenção de veículos ou acidentes envolvendo aeronaves e/ou veículos terrestres;
- b) RECLAMAÇÃO contra o SEGURADO visando sua responsabilização como Chefe de Equipe ou Responsável Médico ou Diretor Médico, ainda que não tenha diretamente dado causa ao ato ou FATO GERADOR da RECLAMAÇÃO.

**CONDIÇÕES GERAIS**

- c) RECLAMAÇÃO decorrente de FALHA PROFISSIONAL ocorrido durante consulta de telemedicina, desde que realizada pelo SEGURADO ou sob sua supervisão, de acordo com a normas profissionais vigentes.
- d) RECLAMAÇÕES decorrentes de tratamento médico domiciliar prestados pelo SEGURADO. Considera-se como RISCO COBERTO, as RECLAMAÇÕES decorrentes de ATOS MÉDICOS praticados durante o tratamento, inclusive nos locais de terceiros, alinhados às diretrizes do CRM e CFM.

9.6. A soma dos valores das coberturas acima aludidas não poderá exceder, na data de LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO, o valor então vigente do LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA fixado na APÓLICE.

**CLÁUSULA 10ª – DATA DE APRESENTAÇÃO DA RECLAMAÇÃO**

10.1. Considera-se apresentada a RECLAMAÇÃO no momento em que o SEGURADO receber qualquer pedido por escrito apresentado por um TERCEIRO/PACIENTE e que contenha, no mínimo as seguintes informações:

- a) Uma RECLAMAÇÃO de INDENIZAÇÃO por qualquer erro ou omissão cometido no exercício da profissão de médico, dentista ou outro PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE, ocorrido durante o PERÍODO DE VIGÊNCIA, pelo qual o SEGURADO venha a ser responsabilizado por sentença judicial civil transitada em julgado e que seja amparado pelo presente SEGURO;
- b) A pretensão de responsabilizar o SEGURADO por qualquer erro ou omissão cometido no exercício da profissão de médico, dentista ou outro PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE, ocorrido durante o PERÍODO DE VIGÊNCIA e que seja amparado pelo presente SEGURO;
- c) Uma RECLAMAÇÃO de INDENIZAÇÃO apresentada por TERCEIRO/PACIENTE, referente a DANOS decorrentes da cobertura prevista na alínea “c” do item 9.5, ocorrido durante o PERÍODO DE VIGÊNCIA; e
- d) Uma RECLAMAÇÃO de INDENIZAÇÃO por qualquer acidente relacionado à existência, uso e conservação de imóveis (clínicas ou consultórios) sob controle do SEGURADO (desde que ele seja proprietário ou sócio) e nos quais o mesmo desenvolve sua atividade profissional, ocorrido durante o PERÍODO DE VIGÊNCIA e que esteja amparado pelo presente SEGURO.

10.2. Se forem apresentadas mais de uma RECLAMAÇÃO derivadas da mesma FALHA PROFISSIONAL cometida no exercício da profissão de médico, dentista ou de outro PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE pela qual o SEGURADO venha a ser responsabilizado por sentença judicial civil transitada em julgado, ou derivadas de várias ou de uma série de falhas profissionais que devam ser computadas como “uma e a mesma FALHA PROFISSIONAL”, essas RECLAMAÇÕES serão consideradas:

- a) Como uma única RECLAMAÇÃO;

**CONDIÇÕES GERAIS**

b) Como ocorridas no momento em que a primeira " RECLAMAÇÃO entre várias" tiver sido apresentada.

10.3. O SEGURADO deverá enviar a RECLAMAÇÃO à SEGURADORA, tão logo receba a mesma, para que possa pleitear a cobertura no SEGURO.

**CLÁUSULA 11ª – RISCOS EXCLUÍDOS**

A presente APÓLICE não cobre RECLAMAÇÕES por:

11.1. Falhas profissionais cometidas fora do PERÍODO DE VIGÊNCIA, mesmo que no exercício da profissão de médico, dentista ou outro PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE, ainda que o SEGURADO tenha sido responsabilizado;

11.2. RECLAMAÇÕES apresentadas fora do PERÍODO DE VIGÊNCIA, exceto nos casos previstos na CLÁUSULA 32ª – PRAZO ADICIONAL;

11.3. 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 DA APÓLICE, que sejam conhecidos pelo SEGURADO e não tenham sido declarados no momento da contratação do SEGURO;

11.4. Falhas profissionais cometidas no exterior e/ou submetidos à jurisdição e/ou legislação estrangeiras, mesmo que no exercício da profissão de médico, dentista e/ou de outro PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE;

11.5. RECLAMAÇÕES efetuadas como consequência de falhas profissionais cometidas no exercício da profissão de médico, dentista ou outro PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE pelos quais o SEGURADO venha a ser responsabilizado por sentença judicial civil transitada em julgado quando não compreendidos na ESPECIALIDADE SEGURADA;

11.6. RECLAMAÇÕES efetuadas pelo cônjuge, ascendentes, descendentes ou pessoas economicamente dependentes do SEGURADO;

11.7. RECLAMAÇÕES relativas a acidentes ou enfermidades profissionais ocorridas durante a relação trabalhista e como resultado de seu emprego ou contratação pelo SEGURADO, salvo se revestido na condição de PACIENTE;

11.8. Falhas Profissionais resultantes de atos ilícitos dolosos ou CULPA GRAVE equiparável ao DOLO praticados pelo SEGURADO;

11.9. RECLAMAÇÕES decorrentes de atos libidinosos e/ou importunação sexual praticados ou alegadamente praticados pelo SEGURADO;

**CONDIÇÕES GERAIS**

11.10. **ATOS PROFISSIONAIS** praticados com técnica, medicamentos e/ou equipamentos proibidos por lei ou por regulamentos emanados de autoridades sanitárias ou outras autoridades competentes, além das disposições em normas e resoluções no que se refere aos parâmetros estabelecidos pelos conselhos federais e/ou regionais de serviços médicos e/ou odontológicos profissionais considerados no presente SEGURO; ou não autorizados pelas autoridades judiciais competentes, quando tal autorização seria necessária; ou não reconhecidos pela ciência médica e/ou órgãos competentes; ou não permitidos de acordo com os padrões profissionais aceitos para a prática da especialidade desenvolvida pelo SEGURADO, exceto quando o tratamento for de caráter científico-experimental, desde que a condição do PACIENTE justifique a utilização de tal tratamento como último recurso e o PACIENTE ou seus representantes legais tenham dado o seu consentimento por escrito;

11.11. **ATOS PROFISSIONAIS** 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 PROFISSIONAL que ensejou a RECLAMAÇÃO;

11.12. Qualquer acerto, contrato ou compromisso firmado pelo SEGURADO que exceda o dever de utilizar os conhecimentos e cuidados usuais no exercício da especialidade por ele desenvolvida, ou em virtude do qual teria sido prometido um RESULTADO, EFEITO ou ÊXITO;

11.13. **DANOS**, lesões, enfermidades ou falecimento, causados por ou decorrentes de guerra, invasão, ações de inimigos estrangeiros, atos de hostilidades, declaração de guerra, guerra civil, rebelião, greve, terrorismo, revolução, tumultos, lockout, insurreição, confisco, nacionalização, governo militar, usurpação de poder, guerrilha, motim, destruição ou qualquer outra perturbação de ordem pública, exceto quando ficar demonstrado que, independentemente da ocorrência dos EVENTOS anteriormente descritos, o SEGURADO tenha sido responsabilizado por sentença judicial civil transitada em julgado;

11.14. **DANOS**, lesões, enfermidades ou falecimento causados por, ou decorrentes de, contaminação por radioatividade proveniente de substâncias utilizadas como fontes de energia nuclear ou de dejetos nucleares provenientes da degradação das referidas substâncias ou de outras propriedades perigosas de qualquer aparelho nuclear explosivo ou componente nuclear do mesmo, exceto quando ficar demonstrado que, independentemente da ocorrência dos EVENTOS anteriormente descritos, o SEGURADO tenha sido responsabilizado por sentença judicial civil transitada em julgado. Essa exclusão não se aplica a tratamentos médicos e odontológicos cujas técnicas utilizam tecnologias, medicamentos e/ou equipamentos que façam uso de radioatividade;

11.15. **Multas pecuniárias** de qualquer natureza;



**CONDIÇÕES GERAIS**

- 11.16. **DANOS** resultantes de alterações genéticas ocasionadas pela utilização de medicamentos, técnicas de reprodução humana e/ou uso de radiações de qualquer natureza;
- 11.17. Consequências de receitar ou administrar medicamentos não aprovados pelas autoridades competentes, assim como a responsabilidade civil dos fabricantes de medicamentos receitados pelo **SEGURADO**, quando o **DANO** se origine pelo produto e não por culpa, **NEGLIGÊNCIA** ou **IMPERÍCIA** do **SEGURADO**;
- 11.18. Qualquer tratamento cujo objetivo seja o impedimento ou interrupção da gravidez ou a procriação, salvo nos casos em que o método estiver legal e cientificamente aceito;
- 11.19. Qualquer tipo de responsabilidade atribuída ao fabricante de equipamentos para prestação de serviços médicos, bem como órgãos governamentais. No caso de responsabilidade conjunta e/ou solidária, este contrato responderá, apenas, pela parcela de responsabilidade atribuída ao **SEGURADO**;
- 11.20. **DANOS** relacionados com administração de anestesia, geral ou parcial, quando não realizada em ambiente médico apropriado que reúna as condições inerentes à realização de tais procedimentos;
- 11.21. Descumprimento da legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento, não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina ou órgãos legais pertinentes;
- 11.22. Responsabilidades assumidas pelo **SEGURADO** por 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.
- 11.23. **RECLAMAÇÕES** que resultem de:
- i) Insatisfação pelo mero resultado obtido, ausente de **FALHA PROFISSIONAL** e/ou responsabilidade civil atribuível ao **SEGURADO**;
  - ii) insatisfação do **TERCEIRO** com relação ao atingimento de qualquer peso, fisionomia, talhe ou índice corporal como **IGC** ou **IMC**;
  - iii) Atingimento de qualquer nível de concentração de quaisquer substâncias no organismo;
  - iv) Abstinência do uso de qualquer alimento, bebida, droga, medicamento ou substância.
  - v) Insatisfação não decorrente de ato culposo: Insatisfação em relação a qualquer aspecto meramente visual, incluindo, mas não se limitando a coloração, formato,

**CONDIÇÕES GERAIS**

**posição, tamanho, textura, simetria de qualquer parte ou da totalidade do corpo do PACIENTE, que não tenha decorrido ou não esteja associado a ato culposo.**

11.24. **DANOS ESTÉTICOS** subjetivos, ou sejam, aqueles que não sejam notados de imediato, que não se enquadrem no conceito de **DANOS** objetivos. O **DANO** objetivo é o dano perceptível; facilmente notados por outras pessoas, bem como os envolvendo partes pares do corpo humano quando uma está diferente, em tamanho ou forma, em relação à outra, o suficiente para ser notada por outras pessoas.

**CLÁUSULA 12ª – ACEITAÇÃO E VIGÊNCIA DA APÓLICE**

12.1. Para se habilitar à contratação do SEGURO, o interessado deverá preencher formulário(s) específico(s), denominado “PROPOSTA DE SEGURO”, ou que dela façam parte, encaminhando-o(s), juntamente com o restante da documentação exigida, ao Departamento de Subscrição desta SEGURADORA, para análise do RISCO e eventual aceitação.

a) A PROPOSTA deverá ser assinada pelo PROPONENTE, ou por seu representante legal ou por seu CORRETOR DE SEGUROS, legalmente habilitado, que eventualmente intermedeie a contratação do SEGURO. O signatário da PROPOSTA é denominado “PROponente”. A PROPOSTA deverá conter os elementos essenciais para análise dos RISCOS propostos, bem como a informação da existência de outros SEGUROS cobrindo os mesmos interesses contra os mesmos RISCOS, não sendo válida a presunção de que a SEGURADORA tenha conhecimento de circunstâncias que não constem da PROPOSTA e, quando for o caso, da ficha de informações.

b) Em caso de aceitação, a PROPOSTA passará a integrar a APÓLICE de SEGURO.

12.2. A SEGURADORA fornecerá, obrigatoriamente, ao PROPONENTE, o protocolo que identifique a PROPOSTA por ela recepcionada, com a indicação da data e hora de seu recebimento.

12.3. A SEGURADORA poderá recusar o fornecimento de protocolo para a PROPOSTA, previamente à sua análise, que não satisfaça a todos os requisitos formais estabelecidos para o seu efetivo e formal recebimento, previamente a sua análise, devolvendo-a ao PROPONENTE para atendimento das exigências.

12.4. A SEGURADORA disporá do prazo de até 15 (quinze) dias corridos, para manifestar-se sobre a PROPOSTA, contados a partir da data de seu recebimento, seja para SEGUROS novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem em modificações de RISCO. A ausência da manifestação, por escrito, nos prazos previstos, caracterizará a aceitação tácita da PROPOSTA.

a) Dentro desse prazo, a SEGURADORA poderá exigir, em caso de Pessoa Física, a documentos complementares, para análise e aceitação do RISCO e/ou para alteração PROPOSTA, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto para aceitação. Para Pessoa Jurídica, a solicitação de documentos poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias, desde que a SEGURADORA indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da PROPOSTA e taxaço do RISCO. O referido prazo de 15 dias corridos para que

**CONDIÇÕES GERAIS**

a SEGURADORA se manifeste, voltará a correr a partir da data em que se der a entrega a contento da documentação complementar solicitado pela SEGURADORA

- b) No caso da não aceitação da PROPOSTA, a SEGURADORA comunicará o fato, por escrito, ao PROPONENTE, especificando os motivos da recusa.
- c) A ausência de manifestação, por escrito, por parte da SEGURADORA, no prazo estabelecido, caracterizará a aceitação tácita do SEGURO.

12.5. Caso a aceitação da PROPOSTA dependa de contratação ou da alteração de um contrato de resseguro facultativo, o prazo previsto no subitem 11.4 será suspenso até que o ressegurador se manifeste formalmente, devendo a SEGURADORA comunicar tal fato, por escrito, ao PROPONENTE, ressaltando a conseqüente inexistência de cobertura enquanto perdurar esta referida suspensão.

- a) Nessa hipótese, é vedada a cobrança, total ou parcial, do PRÊMIO.

12.6. A data de aceitação da PROPOSTA será:

- a) A data da manifestação expressa da SEGURADORA, se anterior ao término do prazo previsto no subitem 11.3, respeitado o disposto no subitem 11.3.1;
- b) A data do término do prazo previsto no subitem 11.3, respeitado o disposto no subitem 11.3.1, em caso de ausência de manifestação por parte da SEGURADORA.

12.7. Se não tiver havido pagamento de PRÊMIO, total ou parcial, antes da data de aceitação da PROPOSTA, esta será a data de início de VIGÊNCIA do SEGURO.

- a) Se tiver sido expressamente acordado entre as partes, a data de início de VIGÊNCIA do SEGURO poderá ser fixada em uma data distinta da aceitação da PROPOSTA.
- b) A data de término da VIGÊNCIA do SEGURO será fixada com base na data de início do PERÍODO DE VIGÊNCIA e no prazo estipulado para a duração da APÓLICE de SEGURO.

12.8. Se tiver havido pagamento do PRÊMIO, total ou parcial, antes da data de aceitação da PROPOSTA, a data de início da VIGÊNCIA do SEGURO será a data da recepção da PROPOSTA pela SEGURADORA.

- a) Aceita a PROPOSTA, a data de término de VIGÊNCIA do SEGURO será fixada com base na sua data de início e no prazo estipulado para a duração da APÓLICE de SEGURO.
- b) Para recusar a PROPOSTA, a SEGURADORA deverá, concomitantemente:
  - i. Observar o disposto no subitem 11.4;
  - ii. Conceder a cobertura do SEGURO por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o PROPONENTE tiver conhecimento formal da recusa;
  - iii. Restituir, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, após a data da formalização da recusa, o PRÊMIO pago pelo SEGURADO, deduzido da parcela relativa ao PERÍODO DE VIGÊNCIA do SEGURO, calculada na

**CONDIÇÕES GERAIS**

base “PRÓ-RATA TEMPORIS”, e atualizado de acordo com as normas em vigor.

12.9. A cobertura concedida pela SEGURADORA começa às 24 (vinte e quatro) horas do dia estipulado para o seu início e finda às 24 (vinte e quatro) horas do dia fixado para o seu término.

12.10. A duração mínima de VIGÊNCIA DA APÓLICE será de 01 (um) ano. 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

12.11. O SEGURADO, a qualquer tempo, poderá subscrever nova PROPOSTA ou solicitar a emissão de ENDOSSO, para alteração do limite da garantia contratualmente previsto, ficando a critério da SEGURADORA sua aceitação e/ou alteração do PRÊMIO, quando couber.

12.12. A emissão da APÓLICE, do CERTIFICADO DE SEGURO ou do ENDOSSO, será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da PROPOSTA.

**CLÁUSULA 13ª – RENOVAÇÃO**

13.1. A RENOVAÇÃO desta APÓLICE não é automática.

13.2. Para sua RENOVAÇÃO, deverá ser encaminhado à SEGURADORA, o pedido de RENOVAÇÃO e o(s) QUESTIONÁRIO(s) devidamente preenchido(s), datado(s) e assinado(s), bem como qualquer informação financeira, ou de outra natureza, que a SEGURADORA possa solicitar. Com base na análise dessas informações a SEGURADORA determinará os novos termos, condições e valores nos quais a APÓLICE poderá, ou não, ser renovada.

13.3. Em caso de renovações sucessivas, a SEGURADORA deverá conceder o PERÍODO DE RETROATIVIDADE DA COBERTURA da cobertura da APÓLICE anterior. O SEGURADO terá direito a ter fixada como data retroativa de cobertura, em cada RENOVAÇÃO de uma APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES, a data pactuada por ocasião da contratação da 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.

**CLÁUSULA 14ª – CONCORRÊNCIA DE APÓLICES**

14.1. O SEGURADO que, na VIGÊNCIA DA APÓLICE de SEGURO, pretender obter novo SEGURO contra os mesmos RISCOS deverá comunicar sua intenção, previamente, por escrito, a todas as SEGURADORAS envolvidas, sob pena de perda de direito.

14.2. O prejuízo total relativo a qualquer SINISTRO amparado por cobertura de Responsabilidade Civil, cuja INDENIZAÇÃO esteja sujeita às disposições desta APÓLICE, será constituído pela soma das seguintes parcelas:

- a) Despesas, comprovadamente, efetuadas pelo SEGURADO durante e/ou após a ocorrência dos DANOS a TERCEIROS, com o objetivo de reduzir sua responsabilidade;

**CONDIÇÕES GERAIS**

- b) Valores das reparações estabelecidas em sentença judicial transitada em julgado, decisão final administrativa, decisão arbitral final e/ou por acordo entre as partes, nesta última hipótese com a anuência expressa das SEGURADORAS envolvidas.

14.3. 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:

- a. Será calculada a INDENIZAÇÃO individual de cada APÓLICE como se a respectiva APÓLICE fosse a única vigente, considerando-se, quando for o caso, FRANQUIAS, participações obrigatórias do SEGURADO, LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI) da cobertura e rateio.
- b. Será calculada a “INDENIZAÇÃO individual ajustada” de cada cobertura, na forma abaixo indicada:

14.4. 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 (LMG), 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 adotados os maiores valores apurados, observados os respectivos prejuízos indenizáveis apurados e os LIMITES MÁXIMOS DE INDENIZAÇÕES (LMI's). O valor restante do LMG na APÓLICE será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos indenizáveis e os LMI's destas coberturas;

- a) Caso contrário, a “INDENIZAÇÃO individual ajustada” será a INDENIZAÇÃO individual, calculada de acordo com o subitem 13.3 deste artigo.

14.5. Será definida a soma das INDENIZAÇÕES individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes APÓLICES, relativas aos comuns prejuízos indenizáveis, calculadas de acordo com o subitem 13.3.2 deste artigo.

14.6. Se a quantia a que se refere ao subitem 13.4 deste artigo for igual ou inferior ao prejuízo indenizável vinculado à cobertura concorrente, cada SEGURADORA envolvida participará com a respectiva INDENIZAÇÃO individual ajustada, assumindo o SEGURADO a responsabilidade pela diferença, se houver.

14.7. Se a quantia estabelecida no subitem 13.4 for maior que o prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada SEGURADORA envolvida participará com percentual do prejuízo indenizável correspondente à razão entre a respectiva INDENIZAÇÃO individual ajustada e a quantia estabelecida naquele subitem.

**CLÁUSULA 15ª – ALTERAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DOS VALORES CONTRATADOS**

15.1. São documentos deste SEGURO a APÓLICE, seus ENDOSSOS, a PROPOSTA DE SEGURO assinada pelo SEGURADO, seu representante ou CORRETOR DE SEGUROS, o(s)

**CONDIÇÕES GERAIS**

QUESTIONÁRIO(s) e todos os documentos a ela anexados e outros documentos necessários, que deram origem à contratação do SEGURO.

15.2. O SEGURADO, a qualquer tempo, poderá subscrever nova PROPOSTA ou solicitar emissão de ENDOSSO, para alteração do limite da garantia contratualmente previsto, ficando a critério da SEGURADORA sua aceitação e eventual alteração do PRÊMIO, quando couber.

15.3. Não é válida a presunção de que a SEGURADORA tenha conhecimento de fato ou de circunstância que não conste dos documentos fornecidos, nem daqueles que não tenham sido comunicados posteriormente, na forma estabelecida nestas condições.

15.4. As contratações com VIGÊNCIA igual ou inferior a um ano não poderão conter cláusula de atualização de valores.

**CLÁUSULA 16ª – PAGAMENTO DE PRÊMIOS**

16.1. O PRÊMIO devido pelo SEGURADO está indicado na ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE.

16.2. O pagamento do PRÊMIO será efetuado por meio de documento emitido pela SEGURADORA.

- a. A SEGURADORA encaminhará o documento a que se refere o item 16.2 diretamente ao SEGURADO, seu representante ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao CORRETOR DE SEGUROS, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.
- b. O pagamento do PRÊMIO será feito através da rede bancária.
- c. Salvo disposição em contrário, o pagamento do PRÊMIO à vista ou da primeira parcela deverá ser efetuado até o trigésimo dia contado a partir do início de VIGÊNCIA DA APÓLICE, fatura ou conta mensal.
- d. Quando a data limite para pagamento do PRÊMIO a vista ou de qualquer uma de suas parcelas cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser feito no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

16.3. Nos SEGUROS cujos PRÊMIOS estejam programados para serem pagos em parcela única, qualquer INDENIZAÇÃO decorrente da presente APÓLICE de SEGURO somente passa a ser devida depois que o pagamento do PRÊMIO houver sido realizado pelo SEGURADO, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim, na nota de SEGURO.

16.4. Decorridos os prazos para pagamento do PRÊMIO único ou da primeira parcela 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 ou extrajudicial.

16.5. Fica vedado o cancelamento desta APÓLICE 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.

CONDIÇÕES GERAIS

16.6. Os PRÊMIOS poderão ser fracionados em parcelas, em número inferior ao de meses de VIGÊNCIA do contrato, não devendo a última parcela ter vencimento após o término do SEGURO.

- a. Em caso de parcelamento do PRÊMIO, não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.
- b. Nos casos em que o pagamento do PRÊMIO incluir uma parcela de juros, o SEGURADO poderá fazer a antecipação do pagamento de qualquer uma das parcelas, com consequente redução proporcional dos juros pactuados.
- c. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de VIGÊNCIA da cobertura será ajustado em função do PRÊMIO efetivamente pago, devendo ser observado o número de dias correspondentes ao percentual do PRÊMIO, calculado a partir da razão entre o PRÊMIO efetivamente pago e o PRÊMIO devido, conforme tabela abaixo:

TABELA DE PRAZO CURTO

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365 dias
20	30/365 dias
27	45/365 dias
30	60/365 dias
37	75/365 dias
40	90/365 dias
46	105/365 dias
50	120/365 dias
56	135/365 dias
60	150/365 dias
66	165/365 dias
70	180/365 dias
73	195/365 dias
75	210/365 dias
78	225/365 dias
80	240/365 dias
83	255/365 dias
85	270/365 dias
88	285/365 dias
90	300/365 dias
93	315/365 dias
95	330/365 dias
98	345/365 dias
100	365/365 dias

**CONDIÇÕES GERAIS**

- i. Para os percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais correspondentes ao prazo imediatamente superiores.
- ii. A SEGURADORA é obrigada a informar ao SEGURADO, ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de VIGÊNCIA ajustado.
- iii. Se a aplicação do disposto na alínea “c”, do subitem 16.6, não resultar em alteração do prazo de VIGÊNCIA da cobertura, a APÓLICE de SEGURO será cancelada.
- iv. O prazo original da APÓLICE ficará automaticamente restaurado caso seja restabelecido o pagamento do PRÊMIO dentro do prazo previsto no subitem ii. Neste caso, a SEGURADORA cobrará multa e juros de mora.
- v. Concluído o prazo de VIGÊNCIA ajustado, sem que tenha sido retomado o pagamento do PRÊMIO, a APÓLICE será cancelada, ficando a SEGURADORA desobrigada de qualquer obrigação de pagamento de INDENIZAÇÃO securitária.

16.7. Se o SINISTRO ocorrer dentro do prazo de pagamento do PRÊMIO, sem que este tenha sido efetuado, o direito à INDENIZAÇÃO nos termos desta APÓLICE não ficará prejudicado. Quando o pagamento da INDENIZAÇÃO acarretar o cancelamento desta APÓLICE, as parcelas vincendas do PRÊMIO deverão ser deduzidas do valor de referida INDENIZAÇÃO, excluído o adicional de fracionamento.

**CLÁUSULA 17ª – ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES DECORRENTES DA APÓLICE**

17.1. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de NOTIFICAÇÃO ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente aos demais valores da APÓLICE.

17.2. O índice pactuado para atualização de valores será o IPCA/IBGE. Na hipótese de extinção do índice pactuado, o índice utilizado será o INPC/IBGE.

17.3. Os demais valores (incluindo a INDENIZAÇÃO) das obrigações pecuniárias da SEGURADORA, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no plano, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a partir da data de exigibilidade. A critério da SEGURADORA, a atualização poderá ser aplicada a partir da data de exigibilidade, mesmo que a obrigação de pagamento de PRÊMIO tenha sido paga dentro do prazo previsto.

17.4. Consideram-se datas de exigibilidade para as coberturas nos SEGUROS de DANOS, cuja INDENIZAÇÃO corresponda ao reembolso de despesas efetuadas, a data do efetivo dispêndio pelo SEGURADO e a data de ocorrência do EVENTO.

17.5. 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 a data de sua efetiva liquidação.



**CONDIÇÕES GERAIS**

17.6. Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de multa, quando prevista, e de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado na APÓLICE para esse fim, respeitada a regulamentação específica, particularmente, no que se refere ao limite temporal para liquidação e a faculdade de suspensão da respectiva contagem. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado na APÓLICE terão a taxa de 0,5% ao mês.

17.7. Os valores devidos a título de devolução de PRÊMIOS sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no plano, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

- a) No caso de CANCELAMENTO DA APÓLICE: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da SEGURADORA;
- b) No caso de recebimento indevido de PRÊMIO: a partir da data de recebimento do PRÊMIO;
- c) No caso de recusa da PROPOSTA: a partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.

**CLÁUSULA 18ª – COMUNICAÇÃO DE SINISTROS E/OU EXPECTATIVA DE SINISTROS**

18.1. Quando do recebimento de uma RECLAMAÇÃO formal de TERCEIRO prejudicado ou quando da sua simples expectativa do qual possa resultar um SINISTRO indenizável por esta APÓLICE, deverá o SEGURADO, ou quem suas vezes fizer, sob pena de perder o direito à INDENIZAÇÃO:

- a) Comunicar ao Departamento de SINISTROS desta SEGURADORA tão logo tome conhecimento, pela via mais rápida ao seu alcance, sem prejuízo da comunicação escrita que deverá ser formalizada o mais rápido possível;
- b) Fazer constar da comunicação escrita: data, hora, local, bens sinistrados, estimativa preliminar de prejuízos e causas prováveis do SINISTRO;
- c) Tomar as providências consideradas inadiáveis para resguardar os interesses comuns e minorar os prejuízos indenizáveis até a chegada do representante da SEGURADORA;
- d) Franquear ao representante da SEGURADORA o acesso ao local do SINISTRO e prestar-lhe as informações e os esclarecimentos solicitados, colocando-lhe à disposição a documentação para comprovação ou apuração dos prejuízos;
- e) Preservar as partes danificadas e possibilitar a inspeção das mesmas pelo representante da SEGURADORA;
- f) Proceder, caso necessário, a imediata substituição dos bens sinistrados, visando evitar a diminuição da eficiência de seus serviços e o prosseguimento normal de suas atividades, sem prejuízo dos itens acima.

**CLÁUSULA 19ª – PROVA DO SINISTRO**

19.1. O pagamento de qualquer INDENIZAÇÃO com base nesta APÓLICE somente poderá ser efetuado após terem sido relatadas pelo SEGURADO as circunstâncias da ocorrência do SINISTRO, apuradas as suas causas, comprovados os valores a indenizar e o direito de recebê-los, cabendo ao SEGURADO prestar toda a assistência solicitada para que isto seja concretizado.

**CONDIÇÕES GERAIS**

19.2. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do SINISTRO e com os documentos de habilitação efetivamente necessários a essa comprovação ficam por conta do SEGURADO, salvo as diretamente realizadas pela SEGURADORA.

**CLÁUSULA 20ª – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO**

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.

**20.1. Apresentação de RECLAMAÇÕES**

O SEGURADO deverá informar imediatamente à SEGURADORA o recebimento de uma RECLAMAÇÃO e, além disso, enviar imediatamente à SEGURADORA uma cópia de tal RECLAMAÇÃO e de qualquer intimação, carta, processo, notificação judicial ou extrajudicial, citação judicial, resolução judicial ou outro documento recebido que se relacione com EVENTO coberto.

Qualquer medida civil, administrativa ou criminal, contra o SEGURADO, inclusive intimações para ser ouvido em declarações e inquérito policial, deverá ser imediatamente comunicada à SEGURADORA, antes mesmo da realização de qualquer ato processual e/ou administrativo na esfera civil ou criminal.

**20.2. Notificações**

O SEGURADO deverá informar por escrito à SEGURADORA qualquer ato, fato e/ou circunstância que possa acarretar uma RECLAMAÇÃO ou expectativa de RECLAMAÇÃO, tão logo tome conhecimento da mesma. Tal NOTIFICAÇÃO deverá ser apresentada o mais rápido possível, a partir do dia em que o SEGURADO tiver tomado conhecimento de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias relevantes que possam vir a se tornar um EVENTO indenizável. Na medida do possível, essa NOTIFICAÇÃO deverá incluir uma descrição completa das particularidades do EVENTO, fatos e/ou circunstâncias em questão, conforme estabelecido no item 31.2 da CLÁUSULA 31ª – NOTIFICAÇÕES.

**20.3. Prontuário Médico e Outros Registros**

O SEGURADO deverá sempre:

- a) Guardar os prontuários médicos e registros do seu atendimento com as descrições precisas de todos os tratamentos e serviços prestados, assim como os registros relativos à manutenção e/ou controle e/ou testes realizados com os equipamentos, utilizados na prestação de tais serviços e tratamentos, como protocolos cirúrgico e anestésico, registro de monitoração cardiológica intraoperatória, fetal e/ou resultado dos estudos complementares transcritos ou anexos ao prontuário;
- b) Descrever, de forma concisa, verdadeira e ordenada, toda sua atuação médica, odontológica e/ou de outra profissão da área de saúde, relacionada com o atendimento do PACIENTE, como também todos os dados objetivos sobre este e seu estado clínico,

**CONDIÇÕES GERAIS**

realizando anamnese, diagnósticos, indicações, evolução, epi crise e fechamento do prontuário do PACIENTE em todos os casos;

- c) Conservar os registros mencionados acima, no mínimo, pelo prazo prescricional, conforme legislação em vigor, a contar da data da prestação do último serviço e/ou tratamento ministrado no PACIENTE;
- d) Zelar e manter em bom estado de conservação e segurança todos os documentos relacionados com a atividade que exerce, inclusive com os prontuários, documentos fiscais e técnicos, comunicando à SEGURADORA, por escrito, qualquer situação que possa levar à perda, destruição ou deterioração, total ou parcial, dos citados documentos;

Com a finalidade de defesa judicial do profissional médico, dentista ou de outro PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE, a SEGURADORA ou os seus representantes poderão solicitar tais registros a qualquer momento.

**20.4. Obrigação de Colaboração com a SEGURADORA**

O SEGURADO deverá:

- a) Tomar todas as providências consideradas inadiáveis e ao seu alcance, para tentar evitar e/ou minorar os DANOS causados a TERCEIROS;
- b) Pagar em dia os PRÊMIOS do SEGURO fixados nos documentos de cobrança;
- c) Comparecer as audiências designadas e apresentar sua defesa escrita, respeitando os prazos legais, caso seja acionado judicialmente;
- d) Entregar à SEGURADORA e/ou a seus representantes todos os documentos, declarações juramentadas ou testemunhais que lhe venham a ser solicitados para efeito de determinar e/ou reduzir os limites da responsabilidade da SEGURADORA assumidos pela APÓLICE;
- e) Colaborar com a SEGURADORA e/ou seus representantes de todas as maneiras e, caso seja necessário, autorizar a SEGURADORA ou seus representantes a procurar a obtenção de tais registros e qualquer outro documento ou informação, quando estes não estiverem em poder do SEGURADO;
- f) Colaborar com a SEGURADORA na investigação, acordos extrajudiciais ou defesa de qualquer RECLAMAÇÃO ou litígio;
- g) Colaborar com a SEGURADORA para fazer valer qualquer direito contra qualquer pessoa física ou jurídica que possa (também) ser direta, indireta ou objetivamente responsável pela RECLAMAÇÃO apresentada contra si;

CONDIÇÕES GERAIS

- h) Abster-se de qualquer atividade que impeça o exercício do DIREITO DE REGRESSO de qualquer importância paga a um reclamante; e
- i) Transferir seus DIREITOS DE REGRESSO à SEGURADORA.

20.5. O SEGURADO, seja por si ou por meio de representantes, não poderá 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 previa, por escrito, da SEGURADORA.

**CLÁUSULA 21ª – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO PARA FINS DE INDENIZAÇÃO**

Em atendimento a Circular SUSEP – 612/2020, no ato da LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS é obrigatória a apresentação dos documentos abaixo mencionados da pessoa (física/jurídica) que for receber a INDENIZAÇÃO (SEGURADO, BENEFICIÁRIO ou TERCEIRO).

**21.1. PESSOAS JURÍDICAS**

Sociedades Anônimas, Condomínios e outras Entidades, como Partidos Políticos, Igrejas, Fundações, etc.

- a) Estatuto Social vigente;
- b) Última ata de eleição da Diretoria e do Conselho Administrativo;
- c) Cópia do cartão de CNPJ ou do Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP) para empresas *off-shore*, executadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no CADEMP;
- d) Cópia da procuração vigente outorgada pelos sócios da empresa com a qualificação do procurador ou dos diretores, quando ela não estiver representada diretamente pelo proprietário ou sócio controlador;
- e) Cópia do CPF e RG ou outro documento de identificação que contenha a natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição (OAB, CREA e/ou outros), dos beneficiários e representantes, na hipótese de o representante da empresa ser nomeado por meio de procuração;
- f) Cópia de um comprovante de endereço da empresa, contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação, emitida há menos de 3 (três) meses da data do pagamento da INDENIZAÇÃO;
- g) Número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD.

**21.2. Sociedades Limitadas (Ltda.)**

- a) Contrato Social e última alteração;
- b) Cópia do cartão de CNPJ ou do Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP) para empresas *off-shore*, executadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no CADEMP;
- c) Cópia da procuração vigente outorgada pelos sócios da empresa com a qualificação do procurador ou dos diretores, quando ela não estiver representada diretamente pelo proprietário ou sócio controlador;

**CONDIÇÕES GERAIS**

- d) Cópia do CPF e RG ou outro documento de identificação que contenha a natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição (OAB, CREA e outros), dos beneficiários e representantes, na hipótese do representante da empresa ser nomeado através da procuração;
- e) Cópia de um comprovante de endereço da empresa, contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação, emitida há menos de 3 (três) meses da data do pagamento da INDENIZAÇÃO.

**21.3. PESSOAS FÍSICAS**

- a) Cópia do CPF e RG ou outro documento de identificação que contenha a natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição (OAB, CREA e outros);
- b) Comprovante de residência (conta de luz e na falta deste, qualquer outro documento de comprovação) que contenha o endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação); emitido a menos de 3 (três) meses da data do pagamento da INDENIZAÇÃO;
- c) Número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD;
- d) Profissão, registro no órgão profissional de classe e/ou carteira profissional.

**CLÁUSULA 22ª – PERDA DE DIREITOS**

**22.1. Sem prejuízo do que consta nas demais cláusulas destas condições e do que em lei esteja previsto, o SEGURADO perderá todo e qualquer direito, com relação a presente APÓLICE, nos seguintes casos:**

- a) Se o SEGURADO agravar intencionalmente o RISCO objeto deste SEGURO;
- b) Se fizer declarações falsas ou, por qualquer meio, procurar obter benefícios ilícitos do SEGURO a que se refere esta APÓLICE;
- c) Se houver por parte do SEGURADO, sócio controlador, dirigente, administrador legal, beneficiário ou seus respectivos representantes, ato doloso ou a tentativa, para provocar ou simular SINISTRO ou prejuízo, ou ainda agravar as suas consequências, para obter INDENIZAÇÃO e/ou dificultar a sua elucidação;
- d) Se recusar-se a apresentar os livros comerciais e/ou fiscais, escriturados e regularizados de acordo com a legislação em vigor, bem como, toda e qualquer documentação que seja exigida e indispensável à comprovação da RECLAMAÇÃO de INDENIZAÇÃO apresentada ou para levantamento dos prejuízos;
- e) Se efetuar qualquer modificação ou alteração no estabelecimento SEGURADO ou nas coisas seguradas ou, ainda, no ramo de atividade da qual resultem na agravação do RISCO para a SEGURADORA, sem sua prévia e expressa anuência;
- f) Se deixar de tomar toda e qualquer providência que seja de sua obrigação ou que esteja ao seu inteiro alcance, no sentido de evitar, reduzir ou não agravar, os prejuízos indenizáveis resultantes de um SINISTRO;
- g) Se deixar de cumprir todas as normas e regulamentos vigentes relativos ao funcionamento, assim como mantê-los em boas condições de manutenção e de conservação, funcionando sem sobrecarga;
- h) Se o SEGURADO, seu representante ou seu CORRETOR DE SEGUROS fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir direta ou indiretamente no conhecimento, na aceitação da PROPOSTA, no valor do PRÊMIO, na análise e aceitação

**CONDIÇÕES GERAIS**

do RISCO e/ou na taxa de RISCO. Fica ainda entendido e acordado que o SEGURADO fica obrigado a efetuar o pagamento do PRÊMIO vencido;

- i) Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do SEGURADO, a SEGURADORA poderá:

**22.2. Na hipótese de não ocorrência do SINISTRO:**

- a) Cancelar o SEGURO, retendo, do PRÊMIO originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) Permitir a continuidade do SEGURO, cobrando a diferença de PRÊMIO cabível.
- c) Na hipótese de ocorrência de SINISTRO sem INDENIZAÇÃO integral:
- d) Cancelar o SEGURO, após o pagamento da INDENIZAÇÃO, retendo, do PRÊMIO originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- e) Permitir a continuidade do SEGURO, cobrando a diferença de PRÊMIO cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.

**22.3. 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.**

- a) Se não informar à SEGURADORA sobre:
  - i) A alteração da firma ou transmissão a TERCEIROS do interesse no objeto SEGURADO;
  - ii) Qualquer fato suscetível de agravar o RISCO COBERTO, se ficar comprovado que silenciou de má-fé;
- b) Se o SEGURADO confessar, fizer acordo, ou transação com TERCEIRO admitindo a responsabilidade por DANOS cobertos nesta APÓLICE de SEGURO, sem prévia e expressa autorização da SEGURADORA.

**22.4. O SEGURADO é obrigado a comunicar à SEGURADORA, logo que saiba, todo e qualquer fato suscetível de agravar o RISCO COBERTO, sob pena de perder direito à INDENIZAÇÃO se ficar comprovado que silenciou de má-fé.**

**22.5. A SEGURADORA poderá comunicar ao SEGURADO, por escrito, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do RISCO, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.**

- a) O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a NOTIFICAÇÃO formal, devendo ser restituída a diferença do PRÊMIO, calculada proporcionalmente ao período a decorrer;
- b) Na hipótese de continuidade do contrato, a SEGURADORA poderá cobrar a diferença de PRÊMIO cabível, em razão do agravamento do RISCO.

**22.6. O SEGURADO perderá o direito se, sem prévia comunicação e concordância da SEGURADORA, colocar em RISCO a sua atividade através da redução do número de máquinas e peças em reserva e dos dispositivos de alarmes ou de segurança ou se estes materiais em reserva não forem mantidos em condições adequadas para uso imediato.**

**CONDIÇÕES GERAIS**

**22.7. Além do acima exposto, a SEGURADORA terá o direito de, a qualquer momento, suspender o pagamento de qualquer INDENIZAÇÃO se:**

- a) Houver dúvida quanto ao direito do SEGURADO em receber a INDENIZAÇÃO, até que seja feita a devida apuração;**
- b) Existirem investigações contra o SEGURADO em andamento efetuadas por qualquer órgão policial, até que ocorra o competente julgamento do inquérito.**

**22.8. Sob pena de perder o direito à INDENIZAÇÃO, o SEGURADO participará a perda à SEGURADORA, tão logo tome conhecimento, e adotará as providências imediatas para minorar suas consequências.**

**CLÁUSULA 23ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO(S)**

**23.1. Para a LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO(S), além dos documentos elencados na Cláusula “Obrigações do SEGURADO” destas CONDIÇÕES GERAIS, deverão ser apresentados também os seguintes documentos:**

- a) Comunicação escrita do SINISTRO contendo as informações detalhadas do mesmo com comentários do SEGURADO a respeito de sua eventual responsabilidade ou não perante o(s) TERCEIRO(s) reclamante(s);**
- b) RECLAMAÇÃO formal por parte do(s) TERCEIRO(s) informando de que forma fora(m) afetado(s)/prejudicado(s) pelo SEGURADO.**

**23.2. Em casos de DANOS físicos e/ou CORPORAL:**

- a) Boletim de Ocorrência Policial;**
- b) Laudo do Instituto de Criminalística / Laudo de Exame de Corpo Delito;**
- c) Certidão de Inquérito Policial;**
- d) Laudo médico contendo diagnóstico e prognóstico de tratamento de alta;**
- e) Comprovantes de despesas médicas e/ou hospitalares, exceto para a cobertura de Empregador.**

**23.3. Em casos de DANOS MATERIAIS:**

- a) Relação do(s) bem(ns) danificado(s) em decorrência do SINISTRO;**
- b) Apresentação de orçamentos e/ou de comprovante de custo dos bens sinistrados.**

**23.4. Documentos básicos por tipo de cobertura:**

- a) A especificação dos documentos básicos previstos a serem apresentados por tipo de cobertura faz parte integrante das CONDIÇÕES ESPECIAIS e/ou CLÁUSULAS PARTICULARES contratadas pelo SEGURADO.**
- b) A LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO(S) coberto por esta APÓLICE, processar-se-á segundo as seguintes regras:**

**CONDIÇÕES GERAIS**

- i. Apurada a Responsabilidade Civil legal do SEGURADO, nos termos da Cláusula “Objeto do SEGURO”, a SEGURADORA efetuará o reembolso da reparação pecuniária que este tenha sido obrigado a pagar;
- ii. A SEGURADORA ressarcirá o SEGURADO do montante dos prejuízos indenizáveis regularmente apurados, observando os limites de responsabilidade desta APÓLICE. No entanto, se ficar constatado que os valores informados pelo SEGURADO, e que serviram de base ao cálculo do PRÊMIO, foram inferiores aos contabilizados pelo SEGURADO, a INDENIZAÇÃO será reduzida proporcionalmente à diferença entre o PRÊMIO devido e o pago;
- iii. Qualquer acordo judicial ou extrajudicial, com o TERCEIRO prejudicado, seus beneficiários e herdeiros, só será reconhecido pela SEGURADORA se esta tiver registrado sua prévia anuência. Na hipótese da 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 teria sido liquidado o SINISTRO por aquele acordo, inclusive eventuais despesas incidentais;
- iv. Para qualquer ação judicial civil, o SEGURADO está obrigado a comunicar, tão logo tenha conhecimento, ao Departamento de SINISTROS desta SEGURADORA, nomeando, concomitantemente, seu advogado de defesa;
- v. Embora não figure na ação, a SEGURADORA poderá nela intervir na qualidade de assistente;
- vi. Fixada a INDENIZAÇÃO devida, seja por sentença judicial transitada em julgado, seja por acordo na forma na alínea “c” anterior, a SEGURADORA efetuará o reembolso da quantia a que estiver obrigada, no prazo de (30) trinta dias, a contar da apresentação dos respectivos documentos;
- vii. No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, com base em dúvida fundada e justificável, o prazo de (30) trinta dias será suspenso, reiniciando sua contagem a partir do dia útil subsequente àquele em que tiverem sido completamente atendidas as exigências;
- viii. O não pagamento da INDENIZAÇÃO no prazo previsto nos itens acima, implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização;
- ix. Dentro do limite máximo previsto na APÓLICE de SEGURO, a SEGURADORA responderá, também, pelas custas judiciais do foro civil e pelos honorários de advogados;
- x. Se a reparação pecuniária devida pelo SEGURADO compreender pagamento em dinheiro e prestação de renda ou pensão, a SEGURADORA, dentro do limite de responsabilidade, pagará preferencialmente a parte em dinheiro. Quando a SEGURADORA, ainda dentro daquele limite, tiver que contribuir também para o capital assegurado da renda ou pensão, fá-lo-á mediante o fornecimento ou a aquisição de títulos em seu próprio nome, cujas rendas serão inscritas em nome da(s) pessoa(s) com direito a recebê-las, com cláusula estabelecendo que, cessada a obrigação, tais títulos reverterão ao patrimônio da SEGURADORA.

**CLÁUSULA 24ª – FRANQUIAS**

24.1. As FRANQUIAS e/ou PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO, quando aplicáveis, estão previstas na ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE.



**CONDIÇÕES GERAIS****CLÁUSULA 25ª – AUMENTO DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO**

25.1. O aumento do LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO das coberturas abrangidas pela APÓLICE, durante o PERÍODO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE ou por ocasião de sua RENOVAÇÃO atenderá critério abrangente, o qual corresponde a aplicar, integralmente e sem restrições, o novo limite para quaisquer RECLAMAÇÕES futuras relativas a atos danosos ocorridos durante o PERÍODO DE RETROATIVIDADE DE COBERTURA ou durante o PERÍODO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE.

25.2. Para aumento do **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO**, o SEGURADO deverá apresentar declaração de desconhecimento de existência de SINISTRO e Garantia pagar o PRÊMIO adicional.

**CLÁUSULA 26ª – LIMITE AGREGADO**

26.1. Ocorrido um SINISTRO indenizado pela SEGURADORA, o **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO** será automaticamente reduzido de tal valor, até a sua extinção, não tendo o SEGURADO direito à restituição do PRÊMIO correspondente a tal redução. Com a extinção do **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO**, o SEGURO torna-se sem efeito, não sendo permitida a reintegração do **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO**.

26.2. A cobertura será cancelada na hipótese de o pagamento das INDENIZAÇÕES vinculadas à mesma, esgotar o respectivo LIMITE AGREGADO

**CLÁUSULA 27ª – SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS**

27.1. Paga a INDENIZAÇÃO, a SEGURADORA sub-roga-se, nos limites do valor indenizado, dos direitos e ações que competirem ao SEGURADO contra o autor do DANO.

27.2. Salvo DOLO, a SUB-ROGAÇÃO não tem lugar se o DANO foi causado pelo cônjuge do SEGURADO, seus descendentes ou ascendentes, consanguíneos ou afins.

27.3. É ineficaz qualquer ato do SEGURADO que diminua ou extinga, em prejuízo da SEGURADORA, os direitos a que se refere este artigo.

**CLÁUSULA 28ª – CANCELAMENTO OU RESCISÃO DO SEGURO**

28.1. A presente APÓLICE vigorará pelo prazo de 1 (um) ano, salvo estipulação em contrário, e poderá ser cancelado ou rescindido, total ou parcialmente, a qualquer tempo por acordo entre as partes contratantes, observadas as seguintes condições:

- a) Na hipótese de RESCISÃO por PROPOSTA do SEGURADO, a SEGURADORA reterá, no máximo, além dos emolumentos, o PRÊMIO calculado, de acordo com a tabela de prazo curto da tarifa em vigor, constante na Cláusula Pagamento de PRÊMIOS; Para prazos não previstos na de prazo curto será utilizado percentual calculado por interpolação linear entre os limites inferior e superior do intervalo.

**CONDIÇÕES GERAIS**

- b) Se, por iniciativa da SEGURADORA, esta reterá do PRÊMIO recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

28.2. Dar-se-á automaticamente o cancelamento do SEGURO, ficando a SEGURADORA isenta de qualquer responsabilidade, quando em um ou mais SINISTROS, a soma das INDENIZAÇÕES, custas judiciais e honorários advocatícios atingir o limite de responsabilidade especificado na APÓLICE.

28.3. Conforme dispõe Circular n.º 612/2020 da Superintendência de SEGUROS Privados – SUSEP, em caso de cancelamento do SEGURO que implique em devolução de PRÊMIO de valor superior a R\$ 10.000,00 (dez mil reais), a pessoa que for receber a INDENIZAÇÃO (SEGURADO, beneficiário ou TERCEIRO) deverá apresentar os documentos relacionados na Cláusula “Obrigações do SEGURADO pra fins de INDENIZAÇÃO” (pessoas jurídicas, sociedades limitadas, pessoas físicas).

**CLÁUSULA 29ª – TOLERÂNCIA**

29.1. A tolerância das partes não significará renúncia, perdão, novação ou alteração do que aqui foi contratado.

**CLÁUSULA 30ª – AVISO DE RECLAMAÇÃO**

30.1 Poderá ser feito durante o PERÍODO DE VIGÊNCIA da APÓLICE, PRAZO ADICIONAL, desde que a NOTIFICAÇÃO tenha sido encaminhada durante o PERÍODO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, sob pena de incorrer o SEGURADO na perda de direito às coberturas.

**CLÁUSULA 31ª - NOTIFICAÇÕES**

31.1. Esta APÓLICE cobrirá RECLAMAÇÕES futuras, apresentadas mesmo após o fim do PERÍODO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, do PRAZO ADICIONAL, relativas a fatos, atos ou omissões ocorridos entre a data retroativa de cobertura, inclusive, e o término do PERÍODO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, desde que tais fatos, atos ou omissões tenham sido objeto de NOTIFICAÇÃO feita pelo SEGURADO à SEGURADORA durante o PERÍODO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE. Para os fins do acima, a data da apresentação da RECLAMAÇÃO será a data da NOTIFICAÇÃO.

31.2. As notificações poderão ser apresentadas tão logo o SEGURADO tome conhecimento de fatos ou circunstâncias relevantes que possam acarretar uma RECLAMAÇÃO futura por parte de TERCEIROS, nelas indicando, da forma mais completa possível, dados e particularidades, tais como:

- a) Lugar, data, horário e descrição sumária do ocorrido;
- b) Se possível, nome, domicílio, estado civil, profissão ou ocupação do TERCEIRO prejudicado ou falecido, se for o caso, bem como nome e domicílio de eventual testemunha; e
- c) Natureza dos DANOS e/ou das lesões corporais, e suas possíveis consequências.

31.3. A SEGURADORA poderá solicitar documentos e informações adicionais que entender necessários para a análise e compreensão da NOTIFICAÇÃO. O não atendimento pelo SEGURADO da solicitação acima acarretará a desconsideração da NOTIFICAÇÃO pela SEGURADORA.

**CONDIÇÕES GERAIS**

31.4. A entrega de NOTIFICAÇÃO, à SEGURADORA, dentro do PERÍODO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, garante que as condições daquela particular APÓLICE serão aplicadas às RECLAMAÇÕES futuras de TERCEIROS, vinculadas ao fato ou à circunstância notificados pelo SEGURADO.

**CLAUSULA 32ª – PRAZO ADICIONAL**

32.1. Será concedido ao SEGURADO, sem qualquer ônus, um PRAZO ADICIONAL para a apresentação de RECLAMAÇÕES, por TERCEIROS, de, 36 (trinta e seis) meses, exceto quando de outra forma exposto na ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE, contado a partir da data de término do PERÍODO 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 DE COBERTURA da APÓLICE precedente; (iii) se a APÓLICE for substituída por uma APÓLICE à base de ocorrência, ao final de sua VIGÊNCIA, pela mesma SEGURADORA ou por outro; ou (iv) se a APÓLICE for cancelada, desde que o cancelamento não tenha ocorrido por determinação legal, por falta de pagamento do PRÊMIO ou em virtude do pagamento das INDENIZAÇÕES ter atingido o **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO**.

32.2. Para os fins desta APÓLICE, entende-se por “APÓLICE à base de ocorrência”, aquela que garante o pagamento ou reembolso das quantias respectivamente devidas ou pagas a TERCEIROS, pelo SEGURADO, a título de reparação de DANOS, determinadas por decisão judicial, arbitral ou acordo previamente aprovado pela SEGURADORA, desde que os DANOS tenham ocorrido durante o PERÍODO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE e o SEGURADO pleiteie a cobertura securitária durante o PERÍODO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE ou nos prazos prescricionais em vigor.

32.3. O PRAZO ADICIONAL não se aplica àquelas coberturas cujo pagamento de INDENIZAÇÕES tenha atingido o respectivo **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO**.

32.4. O PRAZO ADICIONAL se aplicará às coberturas previamente contratadas e que não foram incluídas na RENOVAÇÃO da APÓLICE, desde que estas não tenham sido canceladas por determinação legal, ou por falta de pagamento do PRÊMIO.

32.5. A concessão do PRAZO ADICIONAL pela SEGURADORA não acarreta, em hipótese alguma, a ampliação do PERÍODO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE.

32.6. Durante o PRAZO ADICIONAL concedido sem qualquer ônus pela SEGURADORA, o SEGURADO poderá solicitar a 1ª (primeira) ampliação por 12 (doze) meses, mediante pagamento de PRÊMIO adicional de 150% (cento e cinquenta por cento) do PRÊMIO anual pago. Tal solicitação deverá ocorrer até 30 (trinta) dias antes do término do PRAZO ADICIONAL inicial.

32.7. Durante a 1ª (primeira) ampliação do PRAZO ADICIONAL o SEGURADO poderá solicitar a 2ª (segunda) ampliação do PRAZO ADICIONAL por mais 12 (doze) meses, mediante pagamento de PRÊMIO adicional de 200% (duzentos por cento) do PRÊMIO anual pago. Tal solicitação deverá ocorrer até 30 (trinta) dias antes do término da 1ª (primeira) ampliação do PRAZO ADICIONAL.

**CLÁUSULA 33ª – CLAUSULA DE TRANSFORMAÇÃO DE APÓLICE**

**CONDIÇÕES GERAIS**

33.1 A Sociedade SEGURADORA não disponibilizará a possibilidade de transformar a APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES em APÓLICE à base de ocorrências.

**CLÁUSULA 34ª – ALTERAÇÕES NO RISCO DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA**

34.1. Se Durante o PERÍODO DE VIGÊNCIA do SEGURO qualquer dos EVENTOS abaixo ocorrer, o SEGURADO deverá avisar por escrito a SEGURADORA:

- a) Correção ou alteração dos dados da APÓLICE, inclusive aqueles relacionados com as características do RISCO COBERTO;
- b) Inclusão e exclusão de coberturas;
- c) Alteração da atividade profissional exercida
- d) Falecimento do SEGURADO;
- e) Quaisquer outras circunstâncias que agravem o RISCO, sob pena de perder o direito à INDENIZAÇÃO, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

34.2. A SEGURADORA, na ocorrência de qualquer dos EVENTOS previstos no item 34.1, terá o direito de impor o pagamento de PRÊMIO adicional, sob termos e condições que considerar necessários.

34.3. A alteração do contrato de SEGURO somente poderá ser feita mediante PROPOSTA assinada pelo SEGURADO, por seu representante legal ou por seu CORRETOR DE SEGUROS.

34.4. Caso a SEGURADORA aceite manter a APÓLICE para o RISCO modificado, poderá cobrar PRÊMIO adicional através de ENDOSSO, desde que tal modificação implique agravação do RISCO, ou, mediante acordo com o SEGURADO, restringir a cobertura contratada.

34.5. Eventuais PRÊMIOS a cobrar ou a devolver em virtude das situações acima previstas, serão calculados proporcionalmente ao período a decorrer.

**CLÁUSULA 35ª – INSPEÇÕES E AUDITORIAS**

35.1. A SEGURADORA se reserva o direito de inspecionar, a qualquer tempo, os livros do SEGURADO a fim de se atualizar em relação ao gerenciamento de suas propriedades e patrimônio, não significando, em hipótese alguma, que a adoção desta prática por parte da SEGURADORA ou de quem por ela for indicada, reconhecimento e/ou cumplicidade em relação às práticas comerciais, técnicas e/ou contábeis adotadas pelo SEGURADO.

35.2. Fica, ainda, entendido e acordado que a SEGURADORA se reserva o direito de realizar estas Inspeções e Auditorias a qualquer tempo durante o prazo de VIGÊNCIA DA APÓLICE e/ou prazos suplementares previstos ou até um prazo não superior a 5(cinco) anos contados do término de VIGÊNCIA, desde que tais Inspeções e Auditorias se relacionem com a cobertura prevista no presente Contrato de SEGURO.

**CLÁUSULA 36ª – TRANSFERÊNCIA DE APÓLICES**

**CONDIÇÕES GERAIS**

36.1. A transferência integral dos RISCOS compreendidos nesta APÓLICE para outra SEGURADORA deverá observar o quanto segue:

- a) A nova SEGURADORA poderá, mediante cobrança de PRÊMIO adicional e desde que não tenha havido solução de continuidade do SEGURO, admitir o PERÍODO DE RETROATIVIDADE DE COBERTURA da APÓLICE precedente;
- b) Uma vez fixada limite de retroatividade igual ou anterior à da APÓLICE vencida, a SEGURADORA precedente ficará isenta da obrigatoriedade de conceder o PRAZO ADICIONAL quando couber;
- c) Se o limite de retroatividade, fixada na nova APÓLICE, for posterior ao limite de retroatividade, o SEGURADO, na APÓLICE vencida, terá direito à concessão de PRAZO ADICIONAL; e
- d) Na hipótese prevista no inciso anterior, a aplicação dos prazos adicionais ficará restrita à apresentação de RECLAMAÇÕES de TERCEIROS relativas a perdas ocorridos no período compreendido entre a data retroativa de cobertura, inclusive, e a novo limite de retroatividade.

**CLÁUSULA 37ª – MOEDA**

37.1. Salvo convenção em contrário, todos os PRÊMIOS, limites, FRANQUIAS e outras quantias estão expressos na ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE em moeda corrente do Brasil.

**CLÁUSULA 38ª – ENCARGOS DE TRADUÇÃO**

38.1. São indenizáveis os eventuais encargos de tradução referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior, até o LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI) por cobertura contratada ou até o LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG) da APÓLICE, obedecidos aos exatos termos e condições do presente contrato de SEGURO.

**CLÁUSULA 39ª – FORO**

39.1. As questões judiciais, entre o SEGURADO e a SEGURADORA, serão processadas no foro do domicílio do SEGURADO.

39.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diferente do domicílio do SEGURADO.

**CLÁUSULA 40ª – PRESCRIÇÃO**

40.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

**CLÁUSULA 41ª – DECLARAÇÕES**

**CONDIÇÕES GERAIS**

41.1. Dentre as condições necessárias para a aceitação da PROPOSTA , o SEGURADO declara desconhecer a ocorrência, durante o PERÍODO DE RETROATIVIDADE DE COBERTURA, de quaisquer fatos, atos ou omissões que poderiam dar origem a uma RECLAMAÇÃO. Esta cláusula é aplicável tanto na contratação inicial de uma APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES, quando acordado PERÍODO DE RETROATIVIDADE anterior à data de início de VIGÊNCIA, quanto na hipótese de transferência da APÓLICE para outra SEGURADORA, se houver manutenção, ainda que parcial, do PERÍODO DE RETROATIVIDADE do SEGURO transferido.