

SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PARA MÉDICOS, DENTISTAS E OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE À BASE DE RECLAMAÇÕES, COM NOTIFICAÇÃO

Condições Gerais

Versão 1.9

CNPJ 61.074.175/0001-38

Processo SUSEP nº 15414.004806/2005-03

CONDIÇÕES GERAIS

Cláusula 1 – DEFINIÇÕES

O objetivo das definições é facilitar a leitura e tornar mais simples a interpretação das condições do seguro contratado. Os termos técnicos abaixo terão, neste seguro, os seguintes significados:

1.1. TERMOS TÉCNICOS

APÓLICE

Documento emitido pela seguradora que formaliza o contrato de seguro, que discrimina as coberturas contratadas e estabelece os direitos e as obrigações das partes.

ATO MÉDICO

É aquele ato 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.

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 de 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

Conjunto de cláusulas que alteram as condições gerais e/ou especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.

CORRETOR DE SEGUROS

É a pessoa física e/ou jurídica devidamente habilitada a intermediar o contrato de seguro entre segurado e seguradora. O corretor de seguros responde civilmente perante as partes, pelos prejuízos que causar no exercício da profissão.

CRM

É o Conselho Regional de Medicina.

CRO

É o Conselho Regional de Odontologia.

CULPA GRAVE

Termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada pela falta extrema do agente, que não prevê fato previsível aos homens comuns e, embora sem a intenção, assume o resultado de produzi-lo.

CUSTO 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 CORPORAL

Doença, falecimento, ou qualquer outra lesão exclusivamente física causada ao corpo humano, **não abrangendo, em qualquer hipótese, os danos morais e danos estéticos.**

DANO MATERIAL

É todo e qualquer dano que atinge o bem material de terceiros, sejam eles móveis ou imóveis, reduzindo ou anulando seu valor econômico, tais como a deterioração, estrago, inutilização, extravio, furto ou roubo. **Não se enquadram neste conceito os “prejuízos financeiros”.**

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

Aquele que traz como consequência ofensa à honra, ao afeto, à liberdade, à profissão, ao respeito aos mortos, à psique, à saúde, ao nome, ao crédito, ao bem-estar e à vida sem a necessidade da ocorrência de um prejuízo econômico propriamente dito. **Neste contrato, todavia, a cobertura a título de dano moral dar-se-á quando o mesmo for atribuído em consequência direta de um dano corporal e/ou um dano material coberto pela mesma apólice.**

ENDOSSO

Documento expedido pela seguradora durante a vigência da apólice/certificado de seguro, que formaliza a aceitação de qualquer alteração no contrato de seguro.

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 faz parte integrante da Apólice, no qual estão particularizadas as características do seguro contratado.

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 cometidos dentro do âmbito de tratamento da mesma enfermidade ou lesão do mesmo paciente/terceiro.

FRANQUIA

É o valor ou percentual definido na especificação da apólice, que representa a parte do prejuízo de responsabilidade do segurado, que será deduzido da indenização.

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.

INDENIZAÇÃO

É o valor a ser pago ao segurado pela seguradora na ocorrência de sinistro, respeitado o limite máximo de indenização da respectiva cobertura contratada, vigente na data da ocorrência do sinistro.

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

É o valor ou percentual definido na apólice referente à responsabilidade do segurado nos prejuízos indenizáveis decorrentes de sinistros cobertos.

PERÍODO DE VIGÊNCIA

É o período de validade do seguro.

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.

PRÊMIO

Importância fixada na apólice, paga à seguradora, correspondente à contraprestação pela garantia do seguro.

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.

PROFISSIONAL 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.

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.

REGULAÇÃO DE SINISTRO

Trata-se do conjunto de procedimentos realizados quando da ocorrência de um sinistro, visando apurar suas causas, circunstâncias, danos e valores envolvidos, com vistas à caracterização do evento ocorrido e seu enquadramento no seguro.

SEGURADO

É a **pessoa física**, 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:

- Tiver solicitado a sua adesão à apólice mediante a apresentação de uma proposta que contenha os detalhes e declarações relativas ao risco; e
- 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 comercializar seguro e que, mediante o recebimento do prêmio, garante os riscos contratados no seguro, de acordo com as condições contratuais da apólice/certificado de seguro. Neste Seguro a MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.

SINISTRO

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 neste seguro e que resulte amparado nos termos desta Apólice.

Considerar-se-á como um só e mesmo sinistro o conjunto dos danos e prejuízos derivados de uma 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 médico é considerado como um único sinistro.

1.2. DEFINIÇÕES

APÓLICE À BASE DE OCORRÊNCIA

É aquela que define, como objeto do seguro, o pagamento e/ou o reembolso das quantias, respectivamente, devidas ou pagas a terceiros, pelo segurado, a título de reparação de danos, decorrentes de sentença judicial civil transitada em julgado ou por acordo autorizado previamente, por escrito, pela seguradora, desde que:

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

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÃO COM NOTIFICAÇÃO (CLAIMS MADE BASIS)

Trata-se de forma alternativa de contratação de seguro de responsabilidade civil, em que se define, como objeto do seguro, o pagamento e/ou o reembolso das quantias, respectivamente, devidas ou pagas a terceiros, pelo segurado, a título de reparação de danos, decorrentes de sentença judicial civil transitada em julgado ou por acordo autorizado previamente, por escrito, pela seguradora, desde que:

- a) Os danos tenham ocorrido durante o período de vigência da apólice ou durante o período de retroatividade;
- e
- b) O terceiro apresente a Reclamação ao segurado;
- c) Durante o período de vigência da apólice; ou
- d) Durante o prazo complementar, quando aplicável; ou
- e) Durante o prazo suplementar, quando aplicável.

DATA LIMITE DE RETROATIVIDADE OU DATA RETROATIVA DE COBERTURA

Data igual 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. No entanto, tratando-se de apólice coletiva, a data limite de retroatividade será aquela a partir da qual tiver sido admitida a inclusão do segurado, individualmente considerado, na apólice de seguro.

FATO GERADOR

Qualquer acontecimento que produza danos, garantidos pelo seguro, e atribuídos, por terceiros pretensamente prejudicados, à responsabilidade do segurado.

LIMITE AGREGADO

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

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

Limite máximo contratado para cada cobertura, relativo à Reclamação, ou série de reclamações decorrentes do mesmo fato gerador, fixado na apólice/certificado de seguro, que representa o limite máximo de responsabilidade da seguradora durante a vigência do seguro, em caso de evento coberto. Os limites máximos de indenização estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicando.

NOTIFICAÇÃO

Trata-se do ato por meio do qual o segurado comunica à seguradora, por escrito, durante a vigência da apólice/certificado de seguro, fatos ou circunstâncias, potencialmente danosos, ocorridos entre a data limite de retroatividade, inclusive, e o término de vigência da apólice/certificado de seguro, que possam dar origem a uma Reclamação efetiva nos termos desta apólice.

PERÍODO DE RETROATIVIDADE DA COBERTURA

Período de tempo compreendido entre a data limite retroativa de cobertura e a data de início do período de vigência da apólice em curso.

PRAZO COMPLEMENTAR

Prazo adicional para apresentação de reclamações ao segurado, por parte de terceiros, concedido obrigatoriamente pela seguradora sem cobrança de qualquer prêmio adicional a partir do término do período de vigência da apólice ou da data de seu cancelamento.

PRAZO SUPLEMENTAR

Prazo adicional para apresentação de reclamações de terceiros ao segurado, oferecido obrigatoriamente, pela seguradora, a partir do término do prazo complementar, mediante cobrança de prêmio adicional, desde que respeitadas as condições previstas neste contrato, sendo certo que:

- O prazo suplementar será de, no mínimo, 1 (um) ano, e constará na especificação da apólice;
- O respectivo prêmio adicional correspondente constará na especificação da apólice;
- O SEGURADO DEVERÁ REQUISITAR SUA CONTRATAÇÃO, POR ESCRITO, À SEGURADORA ATÉ A DATA FINAL DO PRAZO COMPLEMENTAR;
- A contratação do prazo suplementar não acarreta, em nenhuma hipótese, a ampliação do período de vigência da apólice.

RECLAMAÇÃO

Qualquer comunicação escrita apresentada por um paciente/terceiro ou seu representante que contenha:

a) uma solicitação de compensação por qualquer Falha Profissional cometida no exercício da profissão de médico, dentista, auxiliar da medicina e/ou outro profissional da área da saúde pelo qual o segurado venha a ser civilmente responsável; ou

b) a pretensão de responsabilizar o segurado por qualquer Falha Profissional cometida no exercício da profissão de médico, dentista e/ou auxiliar da medicina.

Considera-se também como “Reclamação” qualquer comunicação escrita apresentada por um terceiro que contenha uma solicitação de compensação por qualquer acidente relacionado à existência, uso e conservação de imóveis (clínicas ou consultórios) sob controle do garantido/segurado (segurado deve ser um dos sócios comprovado através do contrato social) e nos quais o mesmo desenvolve sua atividade profissional.

Cláusula 2 – OBJETO DO SEGURO

2.1. A Seguradora garante, até o limite máximo de indenização previsto na especificação da apólice, as perdas relativas a danos materiais, danos corporais, danos morais (exclusivamente derivados de danos corporais e/ou materiais) e danos estéticos, decorrentes de Reclamações de Pacientes e/ou Terceiros, pelas quais o segurado seja civilmente responsável, em razão de sentença judicial ou arbitral transitada em julgado e/ou acordo aprovado prévia e expressamente pela Seguradora, decorrente de FALHAS PROFISSIONAIS ou FATO GERADOR, exclusivamente na especialidade segurada descrita na apólice.

2.2. Como esta é uma Apólice à Base de Reclamações, com Notificações, além das demais disposições deste seguro, é condição para que o segurado possa pleitear a garantia, o preenchimento dos seguintes requisitos:

i. Que o Terceiro apresente a Reclamação ao Segurado:

1. Durante o Período de Vigência da Apólice;
2. Durante o Prazo Complementar, quando cabível, ou
3. Durante o Prazo Suplementar, quando cabível; e

ii. Que as Reclamações estejam vinculadas a danos ocorridos durante o Período de Vigência da Apólice ou durante o Período de retroatividade.

2.3. ESSE SEGURO GARANTE, EXCLUSIVAMENTE, O PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE, NA QUALIDADE DE PESSOA FÍSICA.

Cláusula 3 – CONDIÇÕES PARA VALIDADE DO SEGURO

3.1. O presente seguro será operacionalizado por Apólice à Base de Reclamações (*Claims Made Basis*), com cláusula de Notificação e, desta forma, a cobertura contratada somente será válida considerando-se, além da data de ocorrência da Falha Profissional cometida no exercício da profissão de médico, dentista ou de outro profissional da área da saúde, a data da notificação à Seguradora, feita pelo **Segurado**, desde que tenham sido atendidas todas as disposições específicas da cobertura, conforme previsto na cláusula 4 – Condições Específicas da Cobertura, e que os danos:

a) Tenham sido atribuídos à responsabilidade do Segurado, por Terceiros, por meio de Reclamação formal, apresentada ao mesmo:

- a1) Durante o Período de Vigência da Apólice; ou
- a2) Durante o Prazo Complementar, quando cabível; ou
- a3) Durante o Prazo Suplementar, quando cabível.

b) Tenham ocorrido durante o Período de Vigência da Apólice ou durante o Período de Retroatividade.

3.2. A cobertura das Apólices renovatórias sem descontinuidade de vigência seguirá os mesmos princípios acima estabelecidos, respeitando-se a data limite de retroatividade, conforme disposto nas definições gerais destas Condições Gerais.

Cláusula 4 – CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DA COBERTURA

4.1. Estão garantidos por este seguro, sem prejuízo das demais disposições contratuais e até o limite máximo de indenização contratado estabelecido na apólice:

- a) Reclamação por qualquer dano corporal e/ou dano material, bem como pelo dano moral e/ou dano estético diretamente decorrente do dano corporal e/ou dano material e, ainda, por todas as despesas diretamente resultantes dos danos relacionados, causados ao paciente/terceiro, durante o período de vigência, por qualquer Falha Profissional cometida 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) 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.
- c) 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.

A Seguradora reembolsará, também, as custas judiciais para a defesa judicial do segurado na esfera civil, pelos honorários de advogados, contratados por sua livre escolha do segurado, desde que as despesas tenham sido previamente autorizadas, por escrito, pela seguradora, para defesa judicial de seus interesses pela constituição de fianças que forem exigidas para assegurarem as possíveis responsabilidades civis declaradas no posterior julgamento do processo e pelas demais despesas com o processo e a defesa do garantido/segurado, e as despesas estejam devidamente comprovadas e relacionadas a sinistro indenizável por este seguro, até o sublimite previsto na proposta de seguro e apólice. **4.2. Data da Falha Profissional**

4.2.1. Se a data em que foi cometida a referida Falha Profissional não puder ser determinada com exatidão, fica convencionado que a mesma foi cometida no momento em que se deu a primeira conduta omissiva ou comissiva definida como negligente, imprudente ou imperita, que, em conjunto com outros fatos,

constituíram a Falha Profissional imputada ao Segurado, sendo imprescindível que referida data esteja dentro do Período de Vigência.

4.2.2. Se tampouco a primeira conduta omissiva ou a primeira conduta comissiva puder ser determinada com exatidão, fica convencionada como “data da referida Falha Profissional” a data de início do tratamento ou da prestação de serviços durante os quais se poderia presumir que ocorreu o erro ou a omissão, sendo imprescindível que referida data esteja dentro do Período de Vigência.

4.2.3. Quando vários ou uma série das referidas Falhas Profissionais forem consideradas como “um único e idêntico erro ou omissão ou Falha Profissional”, fica entendido que a data será aquela em que se cometeu o primeiro erro ou omissão, independente do momento em que foi cometido cada erro ou omissão e/ou da data em que efetivamente foram apresentadas as respectivas reclamações, sendo imprescindível que referida data esteja dentro do Período de Vigência.

4.3. Data da Apresentação da Reclamação

4.3.1. 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:

- 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;
- 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;
- Uma Reclamação de indenização apresentada por Terceiro/Paciente, referente a danos decorrentes da cobertura prevista na alínea “b” do item 4.1 desta cláusula, ocorrido durante o período de vigência; e
- 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.

4.3.2. 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;
- b) Como ocorridas no momento em que a primeira "Reclamação entre várias" tiver sido apresentada.

4.3.3. O Segurado deverá enviar a Reclamação à Seguradora, tão logo receba a mesma, para que possa pleitear a cobertura no seguro.

Cláusula 5 - NOTIFICAÇÕES

- 5.1. Notificação do segurado à seguradora de uma expectativa de Reclamação ainda não apresentada pelo paciente/terceiro.**
- 5.1.1.** Quando, durante o período de vigência, a seguradora receber do segurado uma notificação por escrito comunicando-lhe atos, fatos ou circunstâncias que possam dar origem a uma Reclamação derivada de Falha Profissional cometida no exercício da profissão de médico, dentista ou de outro profissional da área da saúde, mesmo que não tenha havido a Reclamação por parte do paciente/terceiro, a Reclamação será considerada “apresentada” no momento do recebimento da notificação na seguradora, mesmo que esta seja apresentada posteriormente pelo paciente/terceiro, respeitados os prazos prescricionais legais. Nesta hipótese, será da competência da apólice vigente, quando do recebimento da Reclamação/Notificação, eventual indenização que vier a ser devida.
- 5.1.2.** Quando for apresentada mais de uma notificação derivada da mesma Falha Profissional cometida no exercício da profissão de médico, dentista ou outro profissional da área da saúde, pela qual o segurado venha a ser responsabilizado por sentença judicial civil transitada em julgado, ou derivadas de vários ou de uma série de falhas profissionais, desde que estejam relacionadas entre si, derivem um do outro, tenham a mesma origem, sejam o resultado de uma mesma causa, ou tenham sido cometidos dentro do âmbito de tratamento da mesma enfermidade ou lesão do mesmo paciente, estas deverão ser computadas como “uma mesma Falha Profissional” e, conseqüentemente:
- Serão consideradas como “única e mesma notificação”;
 - Considera-se apresentada a notificação no momento em que a primeira notificação, for recepcionada na seguradora.
- 5.1.3.** As apólices com este tipo de notificação cobrem, também, reclamações futuras de terceiros prejudicados, relativas a atos, fatos ou circunstâncias ocorridas entre a data limite de retroatividade, inclusive, e o término do período de vigência da apólice, desde que tenham sido notificados pelo segurado, durante o período de vigência da apólice.
- 5.1.4.** A cláusula de notificações, somente produzirá efeitos se o segurado tiver apresentado, durante o período de vigência da apólice, a notificação relacionada ao fato, ato ou à circunstância que gerou a Reclamação efetuada pelo terceiro prejudicado.
- 5.1.5.** As notificações deverão ser apresentadas tão logo o segurado tome conhecimento de quaisquer atos, 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:
- Lugar, data, horário e descrição sumária do ocorrido: procedimento, processo, complicações ocorridas, possíveis conseqüências;
 - 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;
 - Natureza dos danos e/ou das lesões corporais, e suas possíveis conseqüências;
 - Procedimentos adotados para minorar os efeitos do evento gerador da notificação;
 - A data em que o segurado ficou ciente, pela primeira vez, do(s) fato(s) do evento aqui notificado, bem como uma breve descrição da maneira que esse evento chegou a seu conhecimento; e
 - Documentos que possam influir na análise da ocorrência.

Cláusula 6 – PRAZO COMPLEMENTAR PARA RECLAMAÇÕES

- 6.1. A seguradora continuará sendo responsável pelas Reclamações apresentadas após o período de vigência, de forma automática e sem pagamento de prêmio adicional por 3 (três) anos, contados a partir da data do término do período de vigência da presente apólice, e caso a mesma não seja renovada nesta seguradora, desde que cumpridas as condições a seguir, de forma cumulativamente:
- a) A Falha Profissional cometida no exercício da profissão de médico, dentista ou outro profissional da área da saúde pela qual o segurado venha a ser responsabilizado por sentença judicial civil transitada em julgado e tenha sido cometido durante o período de vigência ou dentro do período de retroatividade;
 - b) A seguradora tenha recebido a (s) Reclamação por escrito, até o prazo complementar concedido;
 - c) A apólice for transferida para outra seguradora que não admita, integralmente, o período de retroatividade da apólice precedente;
 - d) A apólice for substituída por uma apólice à base de ocorrência, ao final de sua vigência, na mesma seguradora ou em outra; e
 - e) A apólice for cancelada, observado o disposto no item 5 desta cláusula.
- 6.2. A concessão do prazo complementar não acarreta, em hipótese alguma, a ampliação do período de vigência do contrato de seguro, aplicando-se tão somente ao prazo de apresentação de Reclamações decorrentes de Falhas Profissionais cometidas no exercício da profissão de médico, dentista ou de outro profissional da área da saúde cometidas durante o período de vigência da apólice ou período de retroatividade.
- 6.3. Em qualquer das situações apresentadas nesta cláusula, fica entendido e acordado que as Reclamações que forem consideradas como apresentadas pela primeira vez durante o prazo complementar serão de competência do último período de vigência em que a eventual indenização vier a ser devida.
- 6.4. O PRAZO COMPLEMENTAR NÃO APLICAR-SE-Á AOS CASOS DE CANCELAMENTO DO SEGURO POR DETERMINAÇÃO LEGAL, POR FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO OU, AINDA, POR SE TER ATINGIDO O LIMITE AGREGADO.**
- 6.5. Fica, ainda, entendido e acordado que as condições desta cláusula prevalecerão acima de outras condições da apólice no que se refere às reclamações apresentadas durante o referido prazo complementar.
- 6.6. AS DISPOSIÇÕES DA PRESENTE CLÁUSULA NÃO ALTERAM, EM HIPÓTESE ALGUMA, O PERÍODO DE VIGÊNCIA DESTE CONTRATO, APLICANDO-SE APENAS ÀS RECLAMAÇÕES DE SINISTROS OCORRIDOS DURANTE O REFERIDO PERÍODO DE VIGÊNCIA.

Cláusula 7 – PRAZO SUPLEMENTAR PARA RECLAMAÇÕES

- 7.1. O segurado poderá contratar prazo suplementar para apresentação de reclamações de terceiros, uma única vez e exclusivamente durante a vigência do prazo complementar, pagando o prêmio adicional. Para a definição do prêmio adicional do prazo suplementar de até 3 (três) anos, será considerado o prêmio anual da apólice não renovada mais o valor obtido na tabela seguinte (cada fração de ano será considerada ano inteiro):

Prazo suplementar para reclamações – além do prazo complementar de 3 (três) anos	Prêmio Adicional
--	------------------

Mais 1 (um) ano – Sem período de retroatividade	60% do último prêmio anual
Mais 1 (um) ano – Com período de retroatividade de 1 (um) ano	100% do último prêmio anual
Mais 1 (um) ano – Com período de retroatividade de 2 (dois) anos	125% do último prêmio anual
Mais 1 (um) ano – Com período de retroatividade de 3 (três) anos ou mais	140% do último prêmio anual
Os prêmios abaixo serão acrescidos de mais 2/3 (dois terços) do prêmio de dois anos	
Mais 2 (dois) anos – Sem período de retroatividade	60% do último prêmio
Mais 2 (dois) anos – Com período de retroatividade de 1 (um) ano	100% do último prêmio anual
Mais 2 (dois) anos – Com período de retroatividade de 2 (dois) anos	125% do último prêmio anual
Mais 2 (dois) anos – Com período de retroatividade de 3 (três) anos ou mais	140% do último prêmio anual
Mais 3 (três) anos – Sem período de retroatividade	60% do último prêmio
Mais 3 (três) anos – Com período de retroatividade de 1 (um) ano	100% do último prêmio anual
Mais 3 (três) anos – Com período de retroatividade de 2 (dois) anos	125% do último prêmio anual
Mais 3 (três) anos – Com período de retroatividade de 3 (três) anos ou mais	140% do último prêmio anual

- 7.2. Para exercer o direito ao prazo suplementar, o segurado deverá requerer sua contratação por escrito em até 30 (trinta) dias antes do término do prazo complementar. O prêmio adicional referente ao prazo suplementar deverá ser pago, em uma única parcela, em até 30 (trinta) dias após a emissão da respectiva contratação.
- 7.3. O limite agregado, uma vez determinado na especificação da apólice, será aplicado na mesma proporção existente em relação ao limite máximo de indenização residual indicado neste item.
- 7.4. A contratação do prazo suplementar **somente** poderá ser feita:
- Desde que a apólice não tenha sido renovada;
 - Desde que a apólice não tenha sido cancelada por inadimplência ou por determinação legal;
 - Desde que o limite agregado não tenha sido esgotado durante o prazo complementar; e
 - Desde que tenha havido renovação em outra seguradora cujo contrato de seguro não admita período de retroatividade de cobertura da apólice anterior.
- 7.5. Em caso de contratação de prazo suplementar conforme os termos acima, não será possível requerer seu cancelamento ou restituição do prêmio pago.
- 7.6. Se, nas apólices anteriores, que deram motivo ao período de retroatividade da cobertura, o limite máximo indenizável for diferente do constante da última apólice, o prêmio relativo a esta cláusula poderá ser ajustado proporcionalmente àquele limite máximo indenizável.
- 7.7. **Esse prazo suplementar deixará de existir, sem que haja qualquer direito do segurado à restituição de prêmio, se, durante a sua vigência, for esgotado o limite agregado da apólice.**
- 7.8. Condição para concessão automática do prazo suplementar SEM cobrança de prêmio adicional, até o prazo prescricional legalmente vigente.
- 7.8.1. O Prazo suplementar será estendido de forma automática e sem pagamento de prêmio adicional até o vencimento dos respectivos prazos da prescrição legal, desde que seja atendida as seguintes exigências:
- O segurado tenha mantido este seguro por um período de 3 (três) anos consecutivos, sem sinistros ou notificações com esta seguradora; e

b. O segurado venha a falecer ou deixe de exercer a profissão, em decorrência de uma invalidez permanente, aposentadoria ou falecimento.

7.8.2. Da mesma forma, o prazo suplementar para reclamações será estendido de forma automática e sem pagamento de prêmio adicional até o vencimento dos respectivos prazos da prescrição legal, desde que seja atendida a seguinte exigência:

a. Se a (s) notificação (ões) já apresentada (s) pelo segurado durante o período de vigência, der origem a uma Reclamação judicial proposta por um paciente e/ou um terceiro após o período de vigência e dentro dos prazos prescricionais legais.

7.9. Com relação à Reclamação e/ou reclamações apresentadas pelo paciente e/ou terceiro nos termos do parágrafo anterior, fica entendido e acordado que as mesmas serão de competência das apólices vigentes, respectivamente, na data em que foi cometida a Falha Profissional, conforme identificado das notificações já apresentadas pelo segurado à seguradora.

7.10. Em qualquer das situações apresentadas nesta cláusula, fica entendido e acordado que as reclamações que forem consideradas como apresentadas pela primeira vez durante o prazo suplementar serão de competência do último período de vigência.

7.11. Fica, ainda, entendido e acordado que as condições desta cláusula prevalecerão acima de outras condições da apólice no que se refere às reclamações apresentadas durante o referido prazo suplementar.

7.12. As disposições da presente cláusula não alteram, em hipótese alguma, o período de vigência deste contrato, aplicando-se apenas às reclamações de sinistros ocorridos durante o referido período de vigência, o qual compreende a data retroativa de cobertura convencionada até o fim do período de vigência da apólice.

Cláusula 8 – TRANSFORMAÇÃO DE APÓLICE

8.1. O segurado terá a possibilidade de transformar a apólice à base de reclamações em vigor para apólice à base de ocorrências, uma única vez e exclusivamente ao término de sua vigência, pagando o prêmio adicional de acordo com a tabela abaixo:

Transformação da Apólice	Prêmio Adicional
Base de reclamações para base de ocorrências	200% do último prêmio anual

8.2. No caso da transformação mencionada no item 1 desta cláusula, a opção do segurado deverá ser efetuada em formulário próprio, pelo menos 30 (trinta) dias antes do término do período de vigência, passando a fazer parte integrante do contrato.

8.2.2. Necessário que a apólice à base de reclamações não tenha sido cancelada por determinação legal, ou por falta de pagamento do prêmio ou, ainda, por ter esgotado o correspondente limite agregado.

8.3. Fica entendido e acordado que a apólice à base de ocorrência cobrirá apenas os eventos cobertos ocorridos:

a. Durante a sua vigência; e/ou

Entre a data limite de retroatividade, inclusive, e o término de vigência da apólice à base de reclamações, objeto da transformação.

8.3. A apólice será cancelada na hipótese de pagamentos de indenizações que esgotem o limite máximo de garantia da mesma.

Cláusula 9 – EXCLUSÕES GERAIS/ RISCOS EXCLUÍDOS

9.1. Não estarão amparadas por qualquer cobertura deste seguro as quantias devidas e/ou as despendidas, pelo segurado, para reparar, evitar e/ou minorar danos, de qualquer espécie, decorrentes de:

- a) 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;
- b) Reclamações apresentadas fora do período de vigência, exceto nos casos previstos na Cláusula 6 – PRAZO COMPLEMENTAR PARA RECLAMAÇÕES e na Cláusula 7 – PRAZO SUPLEMENTAR PARA RECLAMAÇÕES;
- c) 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;
- d) 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;
- e) 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;
- f) Reclamações efetuadas pelo cônjuge, ascendentes, descendentes ou pessoas economicamente dependentes do Segurado;
- g) Reclamações relativas a acidentes ou enfermidades profissionais ocorridos durante a relação trabalhista e como resultado de seu emprego ou contratação pelo segurado, salvo se revestido na condição de paciente;
- h) Falhas Profissionais resultantes de atos ilícitos dolosos ou culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado;
- i) Recusa de atendimento a pacientes, ou acidentados em situações de emergência;
- j) Assédio sexual;
- k) Atos médicos 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 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;
- l) Atos Médicos praticados pelo Segurado quando sua licença para exercer a profissão estiver suspensa, revogada, expirada ou não renovada junto às entidades de classe responsáveis por este controle na época da realização do Ato Médico que ensejou a Reclamação;

- m) Violação da obrigação profissional de confidencialidade;
- n) 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;
- o) 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;
- p) 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;
- q) Por danos devidos à contaminação decorrente de transfusão de sangue, quando o garantido/segurado não tiver cumprido com todos os requisitos exigíveis de um profissional no exercício da especialidade segurada para a prestação, controle e aceitação de sangue, seus componentes ou hemoderivados;
- r) Condenações judiciais aplicadas ao segurado, de caráter punitivo ou exemplar, pelos danos causados a terceiros, bem como multas e/ou penalidades de qualquer natureza;
- s) Reintegração de honorários pagos pelo paciente ou outra pessoa física ou jurídica em nome do paciente com relação à provisão de serviços e/ou tratamentos;
- t) Danos resultantes de alterações genéticas ocasionadas pela utilização de medicamentos, técnicas de reprodução humana e/ou uso de radiações de qualquer natureza;
- u) Danos genéticos;
- v) Propriedade, posse, uso ou conservação de veículos terrestres, embarcações, aeronaves ou de quaisquer outros tipos de veículos;
- w) Danos e/ou prejuízos, inclusive roubo, furto (simples ou qualificado) ou extravio, de bens de terceiros e/ou de empregado, preposto, estagiário, bolsista e assemelhado, do segurado, em poder do mesmo ou a ele confiados para guarda ou custódia, transporte, uso, manipulação ou execução de quaisquer trabalhos utilizando os referidos bens.
- x) Obras de instalação ou montagem de equipamentos e/ou de demais aparelhos;
- y) Danos causados por construções, demolição, reconstrução ou alteração estrutural do imóvel ocupado pela clínica, consultório, laboratório ou hospital em que o segurado exerce sua profissão, bem como qualquer tipo de obra;
- z) 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 segurado;
- aa) Reclamações de terceiros por alegados atos de calúnia, injúria e/ou difamação. Ficam igualmente excluídas as reclamações decorrentes de abuso físico e sexual, bem como qualquer tipo de discriminação;
- bb) Recomendações ou indicações fornecidas via on-line/Internet ou similar, a não ser em casos específicos para pacientes já diagnosticados;

- cc) Roubo, extravio ou furto (simples ou qualificado) de bens de qualquer espécie pertencentes a terceiros, ainda que ocorridos no interior de clínicas ou consultórios sob controle e utilizados pelo segurado no exercício profissional;
- dd) Danos resultantes de uma real ou alegada ameaça de descarga, dispersão, liberação ou escapamento de poluentes;
- ee) Qualquer perda, custo ou despesa de qualquer ordem ou exigência de autoridade competente, para o segurado testar, acompanhar, limpar, remover, conter, tratar, desintoxicar ou neutralizar poluentes, inclusive se tais operações forem executadas por iniciativa do segurado;
- ff) Responsabilidades assumidas pelo segurado sem anuência prévia e por escrito da seguradora;
- gg) Responsabilidades por danos causados direta ou indiretamente por atos da responsabilidade de terceiros, assumidas espontaneamente pelo segurado;
- hh) Qualquer tratamento cujo objetivo seja o impedimento da gravidez ou a procriação, salvo nos casos em que o método estiver legal e cientificamente aceito;
- ii) 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;
- jj) Danos relacionados com administração de anestesia, geral ou parcial, não realizada em ambiente médico próprio que reúna as condições inerentes à realização de tais procedimentos;
- kk) Emissão de receitas ou atestados ilegíveis, assim como assinaturas em folhas em branco de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos;
- ll) Descumprimento da legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento, não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina ou órgãos legais pertinentes;
- mm) Pedidos de reembolso de honorários advocatícios, já pagos pelo segurado, sem autorização prévia e expressa da seguradora, mesmo quando decorrentes de risco coberto por esta apólice;
- nn) Responsabilidade civil de hospitais, clínicas médicas e odontológicas, consultórios, laboratórios, planos de saúde, convênios, prestadores de serviços, cooperativas de trabalho ou instituições similares, que não estejam discriminados na apólice;
- oo) Perdas financeiras, inclusive lucros cessantes e danos emergenciais, não decorrentes de dano corporal e/ou dano material sofrido pelo reclamante;
- pp) Danos relacionados com a remoção de pacientes em ambulâncias e/ou aeronaves;
- qq) Reclamações decorrentes de recusa ou demora de atendimento;
- rr) 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.
- ss) Danos causados a qualquer pessoa que execute atividades profissionais ou científicas e que, por exercício da atividade, encontre-se exposta aos riscos de raios e radiação.

Cláusula 10 – ÂMBITO GEOGRÁFICO

10.1. Este seguro está restrito exclusivamente às Reclamações apresentadas no território brasileiro, relativos a perdas, danos, despesas e Falha Profissional e fatos geradores ocorridos no Brasil.

Cláusula 11 – LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO - LMI

11.1. O Limite Máximo de Indenização por sinistro ou série de sinistros, relativamente à cobertura contratada é aquele constante da especificação da apólice. As despesas e/ou demais gastos com o sinistro, indenizáveis por este contrato, estão incluídas neste limite.

11.2. Se os danos causados a terceiros/pacientes, forem decorrentes de um mesmo fato gerador, produzindo várias Reclamações, todos os pleitos considerados procedentes se constituirão em um único Sinistro.

Cláusula 12 – ALTERAÇÃO DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

12.1. O Segurado poderá solicitar emissão de Endosso, para alteração de Limite Máximo de Indenização da cobertura:

- a) Durante período de vigência da apólice, por solicitação expressa e, por escrito, do segurado; ou
- b) Quando da renovação da Apólice.

12.1.1. Fica a critério da seguradora a aceitação e a cobrança do prêmio correspondente, quando couber, observando o prazo previsto no item 1.2 da Cláusula 14 – ACEITAÇÃO, FORMA DE CONTRATAÇÃO E VIGÊNCIA.

12.1.2. O novo limite será aplicado apenas para as reclamações relativas a danos que vierem a ocorrer a partir da data de início de vigência do endosso, prevalecendo o limite anterior para as reclamações relativas aos danos ocorridos anteriormente àquela data e a partir da data limite de retroatividade e que não sejam de conhecimento do segurado.

Cláusula 13 – LIMITE AGREGADO ANUAL DE INDENIZAÇÃO

13.1. O Limite Agregado anual de indenização é o constante na especificação da apólice, ou seja, é o mesmo valor do Limite Máximo de Indenização e equivale ao valor total máximo indenizável pela seguradora, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos e/ou despesas relativos aos sinistros ocorridos durante o período de vigência da apólice ou a partir da data retroativa de cobertura, quando aplicável. Ficam compreendidas neste valor as importâncias correspondentes às despesas com os sinistros.

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

13.3. Não há reintegração automática do limite máximo de indenização das coberturas contratadas e o limite agregado da apólice, eventuais alterações deverão respeitar o previsto na Cláusula 12 – ALTERAÇÃO DO LIMITE MÁXIMO INDENIZAÇÃO.

Cláusula 14 – ACEITAÇÃO, FORMA DE CONTRATAÇÃO E VIGÊNCIA

14.1. Aceitação

14.1.1. A contratação deste seguro deverá ser feita por meio de proposta de seguro, que conterá as informações e declarações relativas ao risco, fornecidas e/ou apresentadas pelos proponentes. Em

atendimento à legislação em vigor, o segurado e/ou o estipulante deverá, obrigatoriamente, fornecer à seguradora as seguintes informações cadastrais:

a) Pessoa Física:

- a.1) nome completo;
- a.2) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/MF;
- a.3) natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição;
- a.4) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;
- a.5) profissão; e
- a.6) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal.

14.1.1.2. Se pessoa jurídica:

- a) A denominação ou razão social;
- b) Atividade principal desenvolvida;
- c) O número de identificação no cadastro nacional de pessoa jurídica (CNPJ);
- d) Endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;
- e) Nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso; e
- f) Informações acerca da situação patrimonial e financeira:

14.1.2. Com base nas declarações prestadas pelos proponentes nas propostas de seguro contendo os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco, a seguradora procederá à avaliação do risco. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta, de alteração ou renovação, para aceitá-la ou recusá-la, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem em modificação do risco.

14.1.2.1. Na apólice coletiva, a proposta de contratação deverá ser assinada pelo estipulante e/ou seu representante legal e pelo corretor de seguros habilitado, e na proposta de adesão, nos seguros coletivos, deverão ser assinadas pelo proponente e/ou seu representante legal e/ou corretor de seguros habilitado.

14.1.2.2. A seguradora fornecerá protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

14.1.3. A seguradora, dentro do prazo estabelecido no item 14.1.2 desta cláusula, poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco, renovação do seguro ou alteração da proposta, observadas as seguintes condições:

14.1.3.1. Como neste seguro, o segurado sempre é pessoa física, a solicitação poderá ocorrer apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 1.2 desta cláusula.

- 14.1.4.** No caso de solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, conforme descrito no item 14.1.3 desta cláusula, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação solicitada.
- 14.1.5. O Segurado deverá apresentar, juntamente com a proposta de seguro, declaração informando desconhecer quaisquer atos, fatos ou circunstâncias ocorridas durante o período de retroatividade da cobertura, ou ainda, declarar aqueles que sejam conhecidos, que possam dar origem a uma Reclamação coberta pelo seguro.**
- 14.1.6.** A seguradora poderá recusar o fornecimento de protocolo para a proposta que não satisfizer a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, previamente à sua análise, devolvendo-a para o atendimento das exigências.
- 14.1.7.** A seguradora formalizará a recusa por meio de correspondência ao segurado, seu representante legal ou corretor de seguros, especificando o motivo da mesma. A ausência de manifestação por escrito, da seguradora, no prazo previsto no item 14.1.2. desta cláusula caracterizará a aceitação tácita da proposta de seguro.
- 14.1.8.** A emissão da apólice/certificado de seguro ou de endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

O segurado e/ou o estipulante deverá, obrigatoriamente, fornecer à seguradora as seguintes informações cadastrais, observadas as condições e prazos da normatização e legislação em vigor

- 14.1.9. Não presume que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem da proposta de seguro e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma estipulada na Cláusula 19 – Obrigações do Segurado.**

14.2. Forma de Contratação do Seguro

Este seguro é contratado a PRIMEIRO RISCO ABSOLUTO, tomando-se por base o valor contratado, respeitando-se o Limite Máximo de Indenização, conforme a Cláusula 11 – LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO, destas condições gerais.

14.3. Vigência

- 14.3.1.** O início e o término de vigência do seguro dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das respectivas datas indicadas na apólice/certificado de seguro, obedecendo a duração mínima de 1 (um) ano, exceto nos casos onde o segurado necessite unificar esta vigência com outras apólices vigentes nesta seguradora, e podendo ultrapassar o período de 12 (doze) meses.
- 14.3.2. O período de retroatividade e/ou a data retroativa de cobertura estará indicada na apólice/certificado de seguro.**
- 14.3.3.** Nos contratos de seguros cujas propostas de seguro tenham sido recepcionadas, sem o pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta de seguro ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes e especificado na apólice/certificado de seguro.

14.3.4. Os contratos de seguro cujas propostas de seguro tenham sido recepcionadas, com o adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência, a partir da data de recepção da proposta de seguro pela seguradora.

14.3.4.1. Nos casos de recusa da proposta dentro dos prazos previstos no item 14.1.2 desta cláusula, a cobertura de seguro prevalecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o proponente, seu representante legal ou o corretor de seguros tiver conhecimento formal da recusa.

14.3.4.2. Na hipótese do item 14.3.4.1, do valor do prêmio pago será deduzido o valor correspondente, na base "pro rata temporis", ao período em que prevaleceu a cobertura, e a diferença restituída ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados a partir da data de formalização da recusa pela seguradora, observadas as previsões constantes nos itens 27.4 e 27.6 da Cláusula 27 – Atualização Monetária e Juros Moratórios.

Cláusula 15 – RENOVAÇÃO

15.1. O seguro poderá ser renovado mediante apresentação de proposta de renovação para a seguradora, pelo segurado e/ ou corretor de seguros, quando o caso, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do final de vigência da apólice/certificado de seguro, que será avaliada obedecendo-se as disposições constantes da cláusula 14 – Aceitação, Forma de Contratação e Vigência.

15.1.1. NO CASO DE O SEGURADO SUBMETTER A PROPOSTA DE RENOVAÇÃO EM DESACORDO COM O PRAZO ESTABELECIDO ACIMA, A SEGURADORA PODERÁ FIXAR, EM CASO DE ACEITAÇÃO, A DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DO NOVO CONTRATO DIFERENTEMENTE DA DATA DO TÉRMINO DA VIGÊNCIA DO PRESENTE SEGURO.

15.2. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar o contrato de seguro, o segurado será informado por carta a ser encaminhada dentro do mesmo prazo mencionado no item acima.

15.3. É facultado ao segurado a contratação do prazo suplementar no prazo indicado no item 2 da Cláusula 6 – Prazo suplementar para Reclamação.

15.4. Em caso de renovação deste seguro, o início de vigência, para efeito dos danos causados a terceiros/pacientes resultantes de falhas profissionais cometidas no exercício da profissão de médico, dentista ou de outra profissão da área da saúde, será retroativo ao primeiro dia da primeira apólice da sequência de renovação sem interrupção.

15.5. Em caso de renovações sucessivas e ininterruptas da apólice na mesma seguradora, será obrigatória a concessão do período de retroatividade de cobertura da apólice anterior e do prazo complementar.

15.6. O segurado tem direito a ter fixado, como data limite de retroatividade 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 16 – DECLARAÇÕES

16.1. O segurado deverá apresentar declaração, tanto na contratação inicial de uma apólice à base de reclamações, quando acordado período de retroatividade, quanto na hipótese de transferência desta apólice para outra seguradora, se houver manutenção, ainda que parcial, do período de retroatividade do seguro transferido, informando desconhecer a ocorrência, durante o proposto período de retroatividade, de quaisquer fatos, circunstâncias ou atos que poderiam dar origem, no futuro, a uma Reclamação garantida pelo seguro.

Cláusula 17 – TRANSFERÊNCIA DE APÓLICES

17.1. Em caso de transferência plena dos riscos compreendidos na apólice precedente, para outra seguradora, fica estabelecido que:

- 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 da cobertura da apólice precedente;
- b) Uma vez fixada a data limite de retroatividade igual ou anterior à da apólice vencida, a seguradora precedente ficará isenta da obrigatoriedade de conceder os prazos complementar e suplementar;
- c) Se a data limite de retroatividade, fixada na nova apólice, for posterior à data limite de retroatividade da apólice anterior, o segurado, na apólice vencida, terá direito à concessão de prazo complementar e, quando contratado, de prazo suplementar; e
- d) Na hipótese prevista na alínea “c” desta cláusula, a aplicação dos prazos adicionais ficará restrita à apresentação de reclamações de terceiros relativas a danos ocorridos no período compreendido entre a data limite de retroatividade da apólice anterior, inclusive, e a nova data limite de retroatividade.

Cláusula 18 – PAGAMENTO DO PRÊMIO

18.1. O prêmio deste seguro deverá ser pago obrigatoriamente através da rede bancária ou outras formas admitidas em lei até as datas de vencimento estabelecidas na apólice ou no documento de cobrança emitido pela seguradora, o qual será encaminhado diretamente ao segurado ou seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

18.1.1. O prazo limite para o pagamento do prêmio é a data de vencimento estipulada no documento de cobrança. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte em que houver expediente bancário.

18.2. Este seguro poderá ser pago à vista ou fracionado em parcelas, em número inferior ao de meses de vigência do contrato, não devendo a última parcela ter vencimento após o término do seguro.

18.2.1. Em caso de fracionamento do prêmio, não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento. Nos prêmios fracionados com incidência de juros, é facultado ao segurado antecipar total ou parcialmente o pagamento das parcelas vincendas do prêmio fracionado, mediante redução proporcional dos juros pactuados.

18.3. A data limite fixada para o pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela, no caso de apólices/certificados de seguro com prêmio fracionado, não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia da emissão da apólice, da fatura ou da conta mensal do endosso de renovação ou, ainda, dos endossos dos quais resulte aumento do prêmio.

18.4. A falta de pagamento do prêmio à vista ou da 1ª (primeira) parcela do prêmio fracionado, até as datas indicadas para vencimento, implicará na não efetivação do contrato de seguro ou do endosso a ele referente, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

18.5. Se ocorrer um sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer de suas parcelas sem que este tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

18.5.1. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do contrato de seguro, as parcelas vincendas e vencidas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

18.6. No caso de fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o período de vigência da apólice/certificado de seguro será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada a fração prevista na Tabela de Prazo Curto, conforme abaixo:

% entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da Apólice	% a ser aplicado sobre a vigência original	% entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da Apólice	% a ser aplicado sobre a vigência original
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

18.6.1. Para os percentuais não previstos na tabela de prazo curto, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

18.6.2. A Seguradora informará ao segurado ou seu representante legal, por meio de comunicação escrita sobre o novo período de vigência ajustado, calculado pela aplicação da tabela de prazo curto, com antecedência de 10 (dez) dias do seu vencimento, que também servirá de notificação de sua constituição em mora para a regularização do contrato.

18.6.3. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas e inadimplidas pelo segurado, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, e dentro do novo período de vigência da apólice/certificado de seguro, ficará automaticamente restaurado o período de vigência original da apólice/certificado de seguro.

18.6.3.1. Não sendo regularizado o pagamento do prêmio no período ajustado, a seguradora encaminhará ao segurado uma notificação, para advertir quanto à necessidade de pagamento do prêmio vencido, com os seus encargos devidos, no prazo de até 10 (dez) dias, contados da data do seu recebimento, sob pena de cancelamento do seguro.

- 18.6.4.** Findo o novo período de vigência ajustado, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento antecipado do contrato de seguro.
- 18.6.5.** No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do período de vigência da apólice/certificado de seguro, a seguradora poderá cancelar o contrato.
- 18.7.** Na hipótese de evento coberto ocorrido durante o período de vigência ajustado, conforme a aplicação da tabela de prazo curto será descontada da indenização as parcelas pendentes.
- 18.8.** É vedado o cancelamento do contrato de seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, no caso em que o segurado deixar de pagar o financiamento.
- 18.9.** Para quitação da parcela correspondente ao prêmio na opção de débito automático, a quitação estará vinculada à confirmação de quitação da parcela, sendo que, se não houver saldo suficiente ou se o débito não for efetuado pelo banco, a parcela será considerada inadimplente.
- 18.10.** A seguradora deverá informar ao segurado a situação de adimplência do estipulante, sempre que solicitado.

Cláusula 19 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

19.1. Além das obrigações que possam estar previstas nas demais cláusulas deste contrato, o segurado se obriga a seguir as condições abaixo, sob pena de suspensão, rescisão ou nulidade do contrato de seguro:

19.1.1. Apresentação de reclamações

- 19.1.1.1.** 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.
- 19.1.1.2.** 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.

19.1.2. Notificações

- 19.1.2.1.** 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 5.1.5 da Cláusula 5 – NOTIFICAÇÕES.

19.1.3. Prontuário Médico e Outros Registros

19.1.3.1. 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 intra-operatória, 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, realizando anamnese, diagnósticos, indicações, evolução, epícrise 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) Ter no prontuário médico, um TERMO DE CONSENTIMENTO informado, prévio à intervenção ou tratamento ministrados no paciente, que permita provar que este e/ou quem o representou entendeu o que lhe foi explicado, bem como, ciência do mesmo de que estas informações poderão ser repassadas à seguradora;
- e) 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;

19.1.3.2. Com a finalidade de defesa judicial do profissional médico, dentista ou de outro profissional da área da saúde, a seguradora ou os representantes da mesma poderão solicitar tais registros a qualquer momento.

19.1.4. Obrigação de Colaboração com a Seguradora

19.1.4.1. 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 às 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;
- 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.

19.1.4.2. 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 prévia, por escrito, da seguradora.

19.1.5. Avisos de Modificação do Risco

19.1.5.1. Durante o período de vigência, o segurado deverá avisar a Seguradora imediatamente e obrigatoriamente, por escrito, a respeito de qualquer alteração que possa afetar substancialmente o risco coberto pela presente apólice, para reanálise do risco e estabelecimento eventual de novas bases da apólice, respeitados os prazos e procedimentos previstos no item 14.1 da Cláusula 14 – Aceitação, Forma de contratação e Vigência, como nas seguintes situações:

- 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.

19.1.6. Aviso de Contratação de Seguros em outra Seguradora

19.1.6.1. Sob pena de perder qualquer direito previsto nesta apólice, o segurado se obriga a:

- a) Dar imediata ciência à seguradora, da contratação, cancelamento ou rescisão de quaisquer outros seguros, referentes aos mesmos interesses seguráveis previstos neste contrato ou de efetivar outros seguros, posteriormente à sua contratação.

19.1.6.2 Durante o período de vigência, é dever do segurado, sob pena da perda da indenização, notificar à seguradora sobre a ocorrência de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias que possam originar uma Reclamação.

Cláusula 20 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

20.1. O Estipulante deverá fornecer à seguradora as informações cadastrais dos segurados, beneficiários e seus representantes, nos termos do item 14.1.9 da Cláusula 14 – ACEITAÇÃO, FORMA DE CONTRATAÇÃO E VIGÊNCIA, sem o prejuízo de atender as demais solicitações da seguradora.

20.1.1. As informações e/ou documentos poderão ser exigidos para o pagamento da indenização ou para devolução de prêmio, conforme legislação vigente.

20.2. Constituem obrigações do estipulante:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em evento coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Repassar os prêmios à seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice/certificado de seguro, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o segurado;
- h) Comunicar, de imediato, à seguradora a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando isto estiver sob sua responsabilidade;
- i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregular quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e
- l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

20.3. Nos seguros contributários, o não-repasse dos prêmios à seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da seguradora e sujeitará o estipulante às cominações legais, conforme disposto na Cláusula 18 – Pagamento do Prêmio.

20.4. É expressamente vedado ao estipulante, nos seguros contributários:

- a) Cobrar dos segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;
- b) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, por escrito, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- c) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a tais produtos.

20.5. Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao estipulante, é obrigatório constar da declaração de seguro do certificado individual e da proposta de adesão o seu percentual e valor, devendo o segurado ser informado sobre os valores monetários desse pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

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

Cláusula 21 – PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO E DOCUMENTOS BÁSICOS

21.1. O segurado ou seu representante legal deverá apresentar à seguradora os documentos básicos necessários para o pagamento ou reembolso da indenização securitária, abaixo relacionados, além

daqueles que a seguradora exigir e/ou solicitar para análise mais apurada do evento, suas causas e consequências, bem como apuração dos prejuízos amparados, além de demais fatos relevantes.

21.1.1. Para agilidade no processo de regulação e liquidação do sinistro, o segurado deverá fornecer à seguradora, por ocasião da comunicação do sinistro, os seguintes documentos/informações:

- a) Reclamação formal do paciente/terceiro ou seu representante contra o segurado;
- b) Aviso de sinistro por escrito do segurado com declaração expressa quanto sua responsabilidade no evento;
- c) Registro no conselho de classe profissional;
- d) Declaração da existência ou inexistência de outros seguros para o mesmo fim;
- e) RG, CPF e comprovante de endereço do segurado;
- f) Defesa do segurado;
- g) Procuração e contrato de serviços advocatícios;
- h) RPA ou nota fiscal referente os honorários advocatícios em nome do segurado;
- i) Título de especialista nas especialidades contratadas e/ou dos procedimentos que geraram a Reclamação;
- j) Dados bancários do segurado.

21.2. A Seguradora, mediante dúvida fundada e justificável, se reserva o direito de solicitar quaisquer outros documentos que julgar necessário para a regulação do sinistro, observando o descrito no item 25.1 da Cláusula 22 - Pagamento da Indenização.

21.3. O segurado deverá, obrigatoriamente, apresentar cópia da documentação estabelecida no item 14.1 da Cláusula 14 – Aceitação, Forma de Contratação e Vigência, sempre que solicitado pela seguradora.

21.4. Fornecer à seguradora ou facilitar seu acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias e consequências do sinistro.

21.5. Colaborar com a correta tramitação do sinistro, comunicando à seguradora qualquer fato que chegue ao seu conhecimento e que esteja relacionado ao sinistro. Em qualquer caso, o segurado não poderá negociar, adquirir ou negar reclamações de terceiros prejudicados pelo sinistro sem autorização prévia expressa, por escrito, da seguradora.

21.6. Sem prejuízo de qualquer das disposições contidas na presente apólice, a seguradora se compromete a investigar as questões inerentes à responsabilidade e a indenizar o segurado por qualquer indenização a pagar por fato pelo qual venha a ser responsabilizado por sentença judicial civil transitada em julgado.

21.7. Qualquer acordo judicial ou extrajudicial com terceiros somente será reconhecido pela seguradora se tiver prévia anuência, por escrito.

21.8. Eventuais encargos de tradução referentes a reembolso de despesas efetuadas no exterior serão de exclusiva responsabilidade desta seguradora

Cláusula 22 – PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

22.1. Fixada a indenização devida e obedecendo-se o limite máximo de responsabilidade definido na apólice/certificado de seguro, a seguradora efetuará o pagamento da importância a que estiver

obrigada, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da apresentação, pelo segurado ou reclamante, de todos os documentos básicos solicitados pela seguradora.

22.1.1. No caso de dúvida fundada e justificável, a seguradora poderá solicitar documentos e/ou informações complementares. Nesse caso, o prazo acima será suspenso, sendo sua contagem reiniciada a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

22.2. As despesas efetuadas pelo segurado com o objetivo de evitar o sinistro, minorar o dano ou salvar a coisa estarão incluídas no limite máximo de indenização.

22.3. A Indenização somente será devida quando ficar caracterizada a culpa involuntária do segurado por meio de sentença judicial civil transitada em julgado ou por acordo previamente autorizado, por escrito, pela seguradora.

22.4. Se a reparação pecuniária devida pelo segurado compreender pagamento em dinheiro e prestação de renda ou pensão, a seguradora, dentro do limite de responsabilidade previsto neste contrato, pagará preferencialmente a parte em dinheiro. Quando a seguradora, ainda dentro daquele limite, tiver de contribuir também para o capital assegurado da renda ou pensão, ela o fará 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.

22.5. Não havendo acordo entre o segurado e a seguradora quanto ao valor da indenização, poderá ser proposta a formação de uma mediação de 2 (dois) representantes nomeados um pelo segurado e outro pela seguradora. As despesas dos representantes serão suportadas separadamente, pelas respectivas partes.

2.5.1. Na hipótese dos 2 (dois) representantes nomeados não conseguirem chegar a uma decisão comum, eles deverão indicar um novo representante para efetuar o desempate. As despesas com esse novo representante serão igualmente suportadas pelo segurado e seguradora.

22.6. Em qualquer caso, independentemente do valor dos prejuízos, a indenização não poderá ultrapassar o limite máximo de indenização fixado na apólice/certificado de seguro.

22.7. Em casos especiais e a seu critério, a seguradora, com a anuência do segurado, por escrito, poderá pagar diretamente às vítimas ou seus representantes legais as indenizações cabíveis.

22.8. Quando a seguradora recusar um sinistro e/ou indenização, deverá comunicar os motivos da recusa ao segurado, por escrito, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da entrega de toda a documentação solicitada.

22.9. Se, após o pagamento da indenização, a seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descaracterize o direito ao seu recebimento, esta poderá requerer do segurado ou dos seus sucessores, os valores pagos indevidamente e demais gastos incorridos no sinistro, devidamente atualizados e acrescido de juros, contados da data do desembolso.

Cláusula 23 – CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

- 23.1.** O Segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro sobre os mesmos bens e contra os mesmos riscos deverá comunicar sua intenção, previamente, por escrito, a todas as seguradoras envolvidas, sob pena de perda de direito à Indenização.
- 23.2.** O prejuízo total, relativo a qualquer sinistro amparado por cobertura de responsabilidade civil, cuja indenização esteja sujeita às disposições deste contrato, será constituído pela soma das seguintes parcelas:
- As despesas, comprovadamente efetuadas pelo segurado durante e/ou após a ocorrência de danos a terceiros com o objetivo de reduzir sua responsabilidade; e
 - Os valores das reparações estabelecidas em sentença judicial transitada em julgado e/ou por acordo entre as partes, nesta última hipótese com a anuência expressa das seguradoras envolvidas, por escrito.
- 23.3.** A indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em hipótese alguma, o valor do prejuízo vinculado à cobertura considerada.
- 23.4.** Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos em apólices/certificados de seguro distinta (os), a distribuição de responsabilidade entre as seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:
- 23.4.1.** Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do segurado, limite máximo de indenização da cobertura e cláusulas de rateio.
- 23.4.2.** Será calculada a “indenização individual ajustada” de cada cobertura, na forma abaixo indicada:
- Se, para uma determinada apólice/certificado de seguro, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de garantia, a indenização individual de cada cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outras apólices/certificados de seguro serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e limites máximos de indenização. O valor restante do limite máximo de garantia da apólice/certificado de seguro será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os limites máximos de indenização destas coberturas; e
 - Caso contrário, a “Indenização individual ajustada” será a Indenização individual calculada de acordo com o item 22.4.1 desta cláusula.
- 23.4.3.** Será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes apólices/certificados de seguro relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o item 22.4.2 desta cláusula.
- 23.4.4.** Se a quantia a que se refere o item 22.4.3 desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o segurado a responsabilidade pela diferença, se houver; e
- 23.4.5.** Se a quantia estabelecida no item 22.4.3 desta cláusula for maior que o prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele item.

23.5. O valor total da indenização não poderá ultrapassar, em hipótese nenhuma, o valor real dos prejuízos verificados, até o limite máximo de indenização.

Cláusula 24 – PERDA DE DIREITOS

24.1. Além dos casos previstos em lei e nas demais condições contratuais desta apólice/certificado de seguro, o segurado perderá o direito a qualquer indenização, bem como terá o seguro rescindido, sem direito à restituição do prêmio já pago, se o segurado, estipulante, beneficiário, empregados (quando a mando do segurado e/ou seu representante) ou corretor de seguros:

- a) Agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;
- b) Houver fraude ou tentativa de fraude, declarações falsas no questionário ou qualquer outro documento necessário para a avaliação do risco antes de sua contratação;
- c) Houver fraude ou tentativa de fraude, provocação ou simulação do sinistro, assim como agravação intencional das consequências para obter ou aumentar o valor da indenização;
- d) Deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;
- e) Por qualquer meio, procurar obter benefícios ilícitos deste seguro;
- f) O sinistro for decorrente de dolo do segurado ou de um empregado, preposto, estagiário, bolsista, terceirizado, cooperado, atendente ou assemelhado contratado pelo segurado;
- g) A habilitação para o exercício da atividade profissional do segurado for revogada, expirada, cancelada ou não renovada pelo órgão competente, em qualquer estado e/ou território brasileiro, ou ainda, por qualquer decisão judicial adotada no território brasileiro;
- h) O segurado estiver praticando qualquer especialidade para qual não tenha recebido o devido treinamento especializado, comprovado por certificado do órgão competente;
- i) O segurado contratar novo seguro sobre os mesmos interesses e contra os mesmos riscos, sem comunicar previamente sua intenção à seguradora;
- j) Não tomar todas as providências que forem de sua obrigação ou estiverem ao seu alcance para evitar, reduzir ou não agravar os danos causados a terceiros;
- k) A seguradora não for comunicada sobre alterações do risco coberto, conforme item 1.6 da Cláusula 18 – Obrigações do Segurado destas Condições Gerais;
- l) O segurado deixar de cumprir o descrito nos itens 1.1. e/ou 1.2. da Cláusula 18 – Obrigações do Segurado destas Condições Gerais.

24.2. Se o segurado, seu representante legal ou seu corretor de seguros, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam agravar o risco, influir na aceitação da proposta de seguro ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

24.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I – Na hipótese de não-ocorrência do sinistro:

- a) Rescindir o contrato de 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.

II – Na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:

- a) Rescindir o contrato de seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.

III – Na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral, rescindir o contrato de seguro. Após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

24.4. O segurado será obrigado a comunicar à seguradora, logo que souber de qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

24.4.1. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, poderá dar ciência, por escrito, ao segurado de sua decisão de rescindir o contrato de seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

24.4.2. A rescisão do contrato de seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculado proporcionalmente ao período a decorrer.

24.4.3. Na hipótese de continuidade do contrato, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

24.5. Sob pena de perder o direito à indenização, o segurado deverá comunicar o evento passível de cobertura à seguradora, tão logo tome conhecimento, e adotar as providências imediatas para minorar suas consequências.

Cláusula 25 – RESCISÃO / CANCELAMENTO DO SEGURO

25.1. Este contrato de seguro poderá ser rescindido, total ou parcialmente, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes contratantes, com concordância recíproca, desde que tal intenção seja comunicada por escrito à outra parte, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de vencimento da próxima parcela do seguro, a fim de evitar que tal parcela seja cobrada/debitada. Caso a (o) cobrança/débito tenha sido efetuada (o), a seguradora providenciará a devolução do valor, se devido, observando o disposto nos subitens abaixo:

25.1.1. Na hipótese de rescisão **a pedido do segurado**, a seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto do item 18.6 da Cláusula 18 – PAGAMENTO DO PRÊMIO.

25.1.1.1. Para os prazos não previstos na tabela, deverá ser utilizado o percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior.

25.1.2. Na hipótese de rescisão a pedido da seguradora, esta reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido entre o início de vigência e a data de rescisão, calculado na base “pro rata temporis”.

25.2. Este seguro ficará automaticamente rescindido, sem qualquer restituição de prêmio e emolumentos, quando:

- a) **A soma das indenizações e demais gastos e/ou despesas amparadas pelo seguro atingir o limite agregado;**
- b) **Decorrer o prazo para pagamento do prêmio de qualquer uma das parcelas, na data indicada na apólice/certificado de seguro ou no documento de cobrança, independente do pagamento à vista ou fracionado, sem que o mesmo tenha sido efetuado e observado o disposto na Cláusula 18 – PAGAMENTO DO PRÊMIO; e**
- c) **Houver fraude ou tentativa de fraude.**

Cláusula 26 – SUB-ROGAÇÃO DA SEGURADORA

26.1. Ao pagar a indenização e/ou reembolso, cujos recibos valerão como instrumento de cessão, a seguradora ficará sub-rogada, até o limite do valor despendido com a indenização e os gastos incorridos com a mesma, em todos os direitos e ações do segurado, ou das pessoas seguradas, contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tenham causado os danos ou para eles concorrido ou, ainda, contra aqueles que, de qualquer modo, sejam responsáveis pela reparação do dano, podendo exigir, conforme o caso, do estipulante ou do segurado, em qualquer tempo, instrumento de cessão adequado e demais documentos hábeis para o exercício desses direitos, obrigando-se o segurado a facilitar os meios necessários ao exercício desta sub-rogação. Este direito não poderá ser exercido em prejuízo direto do segurado.

26.2. Salvo dolo, a sub-rogação não terá lugar se o dano tiver sido causado pelo cônjuge do segurado, seus descendentes ou ascendentes, consanguíneos e afins.

26.3. É ineficaz qualquer ato do segurado que diminua ou extinga, em prejuízo da seguradora, os direitos a que se refere este artigo, contra terceiros, responsáveis pelos sinistros cobertos pela apólice, não sendo permitindo ao segurado fazer, com os mesmos, acordos ou transações suscetíveis de elidir tal direito.

26.4. Depois de apuradas as despesas, qualquer recuperação deverá ser utilizada para reduzir o valor da indenização original, devendo tal valor de recuperação ser pago à seguradora, devendo ainda este valor recuperado ser considerado como precedente a qualquer valor a ser efetivamente pago e/ou reembolsado pela seguradora, desde que este ainda não tenha sido efetuado.

Cláusula 27– ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

27.1. O índice utilizado para atualização monetária, em moeda nacional, será o **IPCA/IBGE** (Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

27.2. Ocorrendo a extinção do índice indicado no item anterior, o índice substituto será o **IPC/FIPE** (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

27.3. As atualizações serão calculadas com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento ou restituição e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

27.4. Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 1 desta Cláusula, a partir da data em que se tornarem exigíveis:

No caso de cancelamento do contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora;

No caso de recebimento indevido de prêmio: a partir da data de recebimento do respectivo prêmio, com prazo para devolução de 30 (trinta) dias;

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

27.5. Os valores das Indenizações de sinistros sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 1 desta Cláusula, a partir da data de ocorrência do evento – ou, se for o caso de reembolso, a partir do dispêndio – até a data do efetivo pagamento, **somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.**

27.6. Os valores devidos a título de pagamento de Indenização ou devolução de prêmio serão acrescidos de juros moratórios de 0,5% (zero vírgula cinco por cento) ao mês, quando o prazo estipulado, respeitando-se a faculdade de interrupção da respectiva contagem, quando for o caso, não for cumprido. Os juros moratórios serão calculados “pro rata temporis”, contados a partir do 1º (primeiro) dia útil posterior ao término do prazo fixado até a data do efetivo pagamento.

27.7. 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 com os demais valores do contrato.

Cláusula 28 – FRANQUIA DEDUTÍVEL E/OU PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA

28.1. A franquia dedutível e/ou participação obrigatória do segurado quando couber, equivalente ao percentual, serão definidas nas propostas de seguro e apólices/certificados de seguro.

28.2. Todos os danos decorrentes de um mesmo evento serão considerados como um único sinistro, qualquer que seja o número de reclamantes ou reclamações.

Cláusula 29 – PRESCRIÇÃO

29.1. Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

Cláusula 30 – FORO

30.1. Fica eleito o foro da comarca de domicílio do segurado para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente seguro, renunciando qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Cláusula 31 – Disposições Gerais

A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.

O REGISTRO DESTE PLANO NA SUSEP NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, INCENTIVO OU RECOMENDAÇÃO À SUA COMERCIALIZAÇÃO.

O SEGURADO PODERÁ CONSULTAR A SITUAÇÃO CADASTRAL DE SEU CORRETOR DE SEGUROS NO SÍTIO WWW.SUSEP.GOV.BR, POR MEIO DO NÚMERO DE SEU REGISTRO NA SUSEP, NOME COMPLETO, CNPJ OU CPF.

AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS/REGULAMENTO DESTE PRODUTO PROTOCOLIZADAS PELA SOCIEDADE/ENTIDADE JUNTO À SUSEP PODERÃO SER CONSULTADAS NO ENDEREÇO ELETRÔNICO WWW.SUSEP.GOV.BR, DE ACORDO COM O NÚMERO DE PROCESSO CONSTANTE DA APÓLICE OU NA PROPOSTA DE SEGURO.