

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

Condições Contratuais Versão 2.4

Processo SUSEP nº 15414.004806/2005-03

MAPFRE Seguros Gerais S.A. – CNPJ 61.074.175/0001-38
www.mapfre.com.br

WhatsApp: (11) 4004-0101
Central de Atendimento aos Clientes: **0800 775 4545 | Sinistro** – todos os dias das 08h às 20h
SAC 24 Horas – **0800 775 1000**

Atendimento em Libras 24 horas – <https://mapfre.emlibras.com>
Central de Atendimento a Pessoas com Deficiência Auditiva ou de Fala 24 horas: **0800 775 5045**

Ouvíndia: **0800 775 1079** | Ouvíndia para Pessoas com Deficiência Auditiva ou de Fala: **0800 775 7911**
de 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h (exceto feriados)

A Ouvíndia poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

Reclamações para consumidores dos mercados supervisionados: www.consumidor.gov.br

SUMÁRIO

CLÁUSULA 1 – INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEGURO	4
1.1. OBJETIVO DO SEGURO	4
1.2. DEFINIÇÕES	4
1.3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	10
CLÁUSULA 2 – CONTRATAÇÃO E VIGÊNCIA	10
2.1. ACEITAÇÃO/CONTRATAÇÃO.....	10
2.2. FORMA DE CONTRATAÇÃO	12
2.3. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	12
2.4. PRAZO ADICIONAL PARA RECLAMAÇÕES (COMPLEMENTAR).....	13
2.5. EXTENSÃO DO PRAZO ADICIONAL PARA RECLAMAÇÕES (SUPLEMENTAR).....	14
2.6. RESCISÃO E CANCELAMENTO.....	15
CLÁUSULA 3 – GARANTIAS DO SEGURO	16
3.1. CONDIÇÕES PARA VALIDADE DO SEGURO	16
3.2. COBERTURAS CONTRATADAS	17
3.3. EXCLUSÕES GERAIS	20
3.4. PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO E FRANQUIA.....	23
3.5. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES	24
3.6. TRANSFERÊNCIA DE APÓLICES	24
3.7. EMBARGOS E SANÇÕES	25
CLÁUSULA 4 – DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES	25
4.1. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	25
4.2. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	28
4.3. HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS	29
4.4. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS DO SEGURADO À SEGURADORA.....	31
CLÁUSULA 5 – PAGAMENTO DO SEGURO.....	31
5.1. PAGAMENTO DO PRÊMIO	31
5.2. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS	33
CLÁUSULA 6 – SINISTRO E REGULAÇÃO	34
6.1. NOTIFICAÇÃO DE EXPECTATIVA DE RECLAMAÇÃO.....	34
6.2. DATA DA APRESENTAÇÃO DA RECLAMAÇÃO	35
6.3. COMUNICAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DO SINISTRO	35
6.4. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	38

6.5. SALVADOS	40
6.6. INDENIZAÇÃO	41
6.7. LIMITE AGREGADO DE INDENIZAÇÃO – LA	41
CLÁUSULA 7 – DISPOSIÇÕES FINAIS	42
7.1. PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS	42
7.2. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	43
7.3. PRESCRIÇÃO	43
7.4. FORO	43
7.5. DISPOSIÇÕES GERAIS	43
CLÁUSULA 8 – COBERTURA BÁSICA PARA CHEFE DE EQUIPE	45
8.1. OBJETIVO DO SEGURO	45
8.2. COBERTURAS CONTRATADAS	45
8.3. EXCLUSÕES	45
8.4. DISPOSIÇÕES GERAIS	45
CLÁUSULA 9 – COBERTURA BÁSICA PARA DIRETOR CLÍNICO E/OU DIRETOR TÉCNICO	45
9.1. OBJETIVO DO SEGURO	45
9.2. COBERTURAS CONTRATADAS	46
9.3. EXCLUSÕES	46
9.4. DISPOSIÇÕES GERAIS	46

CLÁUSULA 1 – INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEGURO

1.1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1.1. Pelo presente contrato de seguro, à Base de Reclamações, com Notificações, a Seguradora obriga-se, mediante o pagamento do Prêmio equivalente, a garantir o pagamento de uma Indenização até o Limite Máximo de Indenização previsto na especificação da Apólice/Certificado individual, relacionadas às perdas relativas aos danos materiais, danos corporais, danos morais (estes, derivados de danos corporais e/ou materiais ou dano moral puro) e danos estéticos, inclusive os relacionados à Perda de Uma Chance, que sejam decorrentes de Reclamações de Pacientes e/ou Terceiros, pelas quais o segurado seja civilmente responsável, em razão de sentença judicial transitada em julgado e/ou acordo aprovado prévia e expressamente pela Seguradora, **observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direitos e as demais condições contratuais.**

1.1.1.1. As perdas relativas aos danos supramencionados devem ser resultado de falhas profissionais na especialidade segurada, com formação comprovada, reconhecida pelo respectivo conselho de classe profissional brasileiro e descrita na Apólice/Certificado individual ou, comprovadamente, no Ato do Bom Samaritano, durante o período de Vigência do seguro.

1.1.1.2. Para fins deste Seguro, considera-se especialidade segurada aquela declarada na Proposta de seguro, independentemente de Registro de Qualificação de Especialidade (RQE) formal junto ao Conselho de classe, desde que o Segurado comprove sua qualificação técnica por meio de título de especialista reconhecido ou certificado equivalente, conforme os documentos exigidos pela Seguradora no momento da regulação do sinistro.

1.1.1.3. Este Seguro garante, ainda, até o Limite Máximo de Indenização previsto na especificação da Apólice/Certificado individual, a responsabilidade civil profissional do Segurado por Danos Materiais, Danos Corporais, Danos Morais e Danos Estéticos causados a Terceiros enquanto Diretor Clínico, Diretor Técnico e/ou Chefe de Equipe médica, odontológica, ou como outro Profissional da Área da Saúde, desde que os profissionais estejam devidamente registrados (com habilitação ativa) nos órgãos federais e/ou regionais competentes (CRM, CRO ou outras entidades de classe) e que estejam exercendo as atividades dentro de suas próprias especialidades, conforme disposto na Cláusula 8. COBERTURA BÁSICA PARA CHEFE DE EQUIPE e Cláusula 9. COBERTURA BÁSICA PARA DIRETOR CLÍNICO E/OU DIRETOR TÉCNICO.

1.2. DEFINIÇÕES

1.2.1. Este dicionário tem como objetivo facilitar a compreensão das Condições Contratuais do seguro, que contêm alguns termos técnicos. Ao longo do documento, sempre que um termo aparecer com a primeira letra em maiúscula, sem estar no início da frase, isso indicará que ele possui um significado específico definido neste dicionário. Assim, busca-se tornar a leitura mais simples e garantir que os principais conceitos e regras das Condições Contratuais e da Apólice/Certificado individual sejam entendidos com clareza.

AÇÃO DE REGRESSO: Ação de Regresso é o instrumento jurídico pelo qual uma pessoa física ou jurídica, que tenha sido responsabilizada e obrigada a indenizar terceiros por danos decorrentes de atos, erros ou omissões, praticados por outrem, busca o resarcimento desses valores junto ao verdadeiro causador do dano. No contexto deste seguro, considera-se ação de regresso aquela movida contra o Segurado por pessoa física ou instituições públicas ou privadas (como clínicas, hospitais ou entes do SUS), que tenham sido condenadas judicialmente a indenizar pacientes ou terceiros em razão de condutas culposas atribuídas ao Segurado no exercício de suas atividades profissionais na área da saúde.

ACEITAÇÃO: É a aprovação, pela Seguradora, da Proposta de Seguro apresentada pelo Tomador, Segurado, Estipulante, Proponente, por seus representantes legais e/ou por intermédio do Corretor de Seguros, para fins de contratação do seguro.

ACIDENTE: Acontecimento imprevisto e involuntário, com data caracterizada, que ocorre de forma súbita e inesperada, causando dano à coisa ou à pessoa.

AGRAVAMENTO DO RISCO: Circunstâncias que aumentam, de forma significativa e continuada, a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora.

APÓLICE: Documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação do risco e das coberturas solicitadas pelo Proponente, bem como estabelece os direitos e as obrigações das partes.

APÓLICE À BASE DE OCORRÊNCIAS - OCCURRENCE BASIS: Tipo de contratação em que a indenização a terceiros, pelo segurado, obedece aos seguintes requisitos:

- os danos ou o fato gerador tenham ocorrido durante o período de vigência da apólice; e
- o segurado apresente o pedido de indenização à seguradora durante a vigência da apólice ou nos prazos prescricionais em vigor.
- O sinistro será regulado na apólice que estiver em vigor na data da notificação.

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÃO (CLAIMS MADE BASIS): Trata-se de forma 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 transitada em julgado ou por acordo autorizado previamente, por escrito, pela seguradora, sendo o sinistro regulado na apólice que estiver em vigor na data da reclamação ou na última que estava vigente, em caso de prazo complementar ou suplementar, se aplicável, desde que:

- a) Os danos ou o fato gerador tenham ocorrido durante o período de vigência da apólice ou durante o período de retroatividade; e
- b) O terceiro apresente a Reclamação ao segurado:
 - Durante o período de vigência da apólice; ou
 - Durante o prazo adicional (COMPLEMENTAR), quando aplicável; ou
 - Durante a extensão do prazo adicional (SUPLEMENTAR), quando aplicável.

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÃO COM NOTIFICAÇÃO: Tipo especial de Apólice à Base de Reclamação, que se distingue das demais por cobrir, mesmo após o término de seu período de vigência, às Reclamações de terceiros vinculadas a fatos ou circunstâncias que tenham sido notificadas pelo Segurado dentro do Período de Vigência da Apólice/Certificado individual.

A entrega da Notificação à Seguradora, dentro do Período de Vigência de uma Apólice à Base de Reclamação com Notificação, garante que as condições daquela apólice particular serão aplicadas às Reclamações apresentadas por terceiros, em decorrência do fato ou circunstância notificados pelo Segurado.

Nesta modalidade de contratação, será considerada competente a Apólice que estiver em vigor no momento da apresentação da notificação.

ATO DO BOM SAMARITANO: É o atendimento realizado pelo Segurado em uma emergência médica, acidente ou catástrofe que o mesmo se encontre “in situ”, seja por causalidade ou por responder a um pedido de ajuda (SOS), inclusive nos procedimentos fora de sua especialidade médica.

ATO MÉDICO: É aquele ato profissional que o Segurado e/ou todos seus empregados reconhecidos como profissionais da área da saúde, incluindo-se os praticados pelo Chefe de Equipe, Diretor Clínico e/ou Diretor Técnico, habilitados junto aos seus órgãos de classe, prestam a terceiros/pacientes. Entende-se como tal, mas sem se limitar, 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, procedimentos cirúrgicos ou psiquiátricos, periciais, a emissão de documentos médicos, primeiros socorros e procedimentos de enfermagem e demais procedimentos profissionais necessários e inerentes ao exercício da profissão.

ATOS DE GESTÃO ADMINISTRATIVA: São considerados atos de gestão administrativa aqueles relacionados à organização, supervisão, coordenação ou direção de serviços, equipes ou processos institucionais, que não envolvam diretamente a prestação de serviços técnicos ou assistenciais ao paciente. Incluem-se, entre outros, a elaboração de escalas de plantão, definição de protocolos internos, gestão de recursos humanos e materiais, decisões administrativas, operacionais ou estratégicas, bem como quaisquer atos que não resultem diretamente em danos a terceiros decorrente de falha técnica profissional.

AVISO DE SINISTRO: Comunicação que deve ser feita à Seguradora imediatamente após a ocorrência do evento passível de cobertura sob a Apólice/Certificado individual, sob pena de perda do direito à indenização ou ao capital segurado.

BENEFICIÁRIO: Pessoa física ou jurídica em favor da qual é devida a indenização em caso de sinistro. O Beneficiário pode ser determinado, quando indicado na Apólice/Certificado individual, ou indeterminado, quando desconhecido na formação da Apólice/Certificado individual.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Documento emitido para cada segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.

CHEFE DE EQUIPE: Pessoa física que garante a condução do atendimento ao paciente, lidera equipe de profissionais, da área de saúde, do Pronto Socorro e Emergência, acompanha atendimentos e relatórios gerenciais, dá suporte à equipe de profissionais da área de saúde, de enfermagem e pacientes e orienta

a equipe no que for necessário. Para fins desta definição, **equiparam-se ao Chefe de Equipe os profissionais Preceptores, desde que habilitados para o exercício dessa função. Não estão incluídos nesta definição Diretor Clínico e/ou Diretor Técnico.**

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: Conjunto de disposições que regem a contratação deste seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de Cobertura de um mesmo seguro que eventualmente alteram as Condições Gerais.

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto das cláusulas comuns a todas as coberturas de um mesmo seguro.

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.

CONSELHO DE CLASSE PROFISSIONAL: Organização formada pelos trabalhadores de uma profissão. Além de representar a classe, regulamenta a atividade profissional, determina limites da atuação, fiscaliza o exercício da profissão para garantir que os serviços sejam prestados da forma correta à sociedade, orienta profissionais e efetua registros. Garantem que apenas pessoas formadas exerçam uma profissão regulada (Exemplos: CRM, CFM, CFO, CRO, CFMV, CRMV, CFP, CRP, etc.).

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.

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

CULPA GRAVE: 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: Compreendem as custas judiciais ou de outros meios de solução de conflitos, os honorários advocatícios e periciais, desde que razoáveis, assim como as despesas necessárias para apresentar a defesa e/ou os recursos do Segurado, relativos a reclamações em seguros de responsabilidade civil, conforme o contrato de seguro. Estão incluídas neste conceito as despesas de deslocamento específicas para tratativa das ações judiciais contra o profissional Segurado, em outro estado, desde que o fato ou circunstância relacionado às despesas tenham sido notificados à sociedade seguradora. **Não são considerados custos de defesa as despesas incorridas com quaisquer procedimentos que ainda não tenham se tornado uma Reclamação.**

DANO CORPORAL: Lesão exclusivamente física causada à pessoa, não abrangendo, em qualquer hipótese, os danos psicológicos, morais e estéticos.

DANO ESTÉTICO: Espécie de dano que se caracteriza por alteração duradoura ou permanente da aparência externa da pessoa, causando-lhe redução ou eliminação de padrão de beleza.

DANO MATERIAL: Alteração de um bem tangível ou corpóreo que reduza ou anule seu valor econômico.

DANO MORAL: Lesão de natureza extrapatrimonial que atinge a esfera psíquica, a honra, a dignidade ou os direitos da personalidade do indivíduo, ensejando sofrimento moral, angústia, abalo psicológico ou constrangimento grave. Para as pessoas jurídicas, configura-se como ofensa à imagem, ao nome ou à reputação institucional, com repercussões negativas que, embora possam gerar efeitos econômicos, não são diretamente mensuráveis contabilmente.

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, contratada junto a esta Seguradora, e 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.

DIRETOR CLÍNICO: Entre as atribuições do diretor clínico estão a direção e coordenação do corpo clínico da instituição; supervisão da execução das atividades de assistência médica; zelo pelo cumprimento do regimento interno; assegurar que todo paciente internado na instituição tenha um médico assistente; exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes, assentada no prontuário; atestar a realização de atos médicos praticados pelo corpo clínico e pelo hospital sempre que necessário e incentivar a criação e organização de centros de estudos, visando à melhor prática da medicina.

DIRETOR TÉCNICO: É o médico que responde eticamente por todas as informações prestadas perante os conselhos de medicina (federal ou regionais), podendo, inclusive, ser responsabilizado ou penalizado em caso de denúncias comprovadas.

DOCUMENTOS CONTRATUAIS: A apólice, o certificado individual e o endosso de seguro.

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

ENDOSO: Documento emitido pela Seguradora durante a vigência da Apólice/Certificado individual, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

ESPECIALIDADE SEGURADA: Os serviços e os tratamentos profissionais executados pelo Segurado no âmbito do exercício da sua profissão e especialidade designadas na especificação da Apólice e em qualquer outro documento que faça parte da Apólice/Certificado individual. Na ausência de designação expressa, será considerada “especialidade segurada” aquela exercida pelo Segurado no momento da assinatura da proposta deste seguro, desde que ele esteja **devidamente habilitado para o seu exercício, com comprovação por meio de título oficial de especialista ou documentação equivalente, não sendo exigida a apresentação do número de Registro de Qualificação de Especialidade (RQE)**.

ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE: Documento que faz parte integrante da Apólice, no qual estão particularizadas as características do seguro contratado.

ESTIPULANTE: Pessoa física ou jurídica que contrata seguro coletivo em proveito de um grupo de pessoas com o qual possua vínculo anterior e não securitário, pactuando com a Seguradora os termos da Apólice/Certificado individual para a adesão dos interessados. Representa os segurados e beneficiários perante a Seguradora na formação e na execução da Apólice/Certificado individual.

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 à 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 e/ou de outros profissionais da área da saúde, **durante o período de vigência da apólice/certificado individual 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: Representa a participação obrigatória do Segurado em todo e qualquer prejuízo indenizável, podendo ser expressa em percentual, em dias ou em valor, de modo que apenas serão indenizados pela Seguradora os prejuízos que ultrapassarem a Franquia estabelecida contratualmente.

FURTO SIMPLES: É a subtração, para si ou para outrem, de coisa alheia móvel, sem ameaça ou violência à pessoa e sem deixar vestígios.

INDENIZAÇÃO: Valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência de prejuízos indenizáveis decorrentes de Evento Coberto, observada a dedução da Franquia e o(s) limite(s) da(s) cobertura(s) contratada(s).

“IN SITU”: Expressão latina que significa no lugar (e também, no local, quando se refere à medicina). É usada em muitos contextos diferentes.

INTERRUPÇÃO DE PRAZO: É a cessação da contagem de um prazo contratual ou legal. Quando o prazo é interrompido, ele se reinicia novamente após cessada a causa da interrupção.

LIMITE AGREGADO (LA): Valor total máximo indenizável por cobertura no contrato de seguro, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos ou despesas 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 GARANTIA (LMG): Representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora, fixado na Apólice/Certificado individual, por Evento ou série de Eventos Cobertos, aplicado ao conjunto de coberturas da Apólice/Certificado individual de seguro.

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI): Valor máximo de indenização especificado na Apólice/Certificado individual e contratado para cada cobertura ou garantia, representando o máximo que a Seguradora suportará

para cada cobertura, não se somando nem se comunicando com os Limites Máximos de Indenização de coberturas distintas.

MÉDICO GENERALISTA: considera-se Médico Generalista o profissional com formação em Medicina, diploma reconhecido pelo MEC, e registro ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM), que atue em atividades clínicas gerais, sem especialização registrada. A cobertura será válida desde que o Segurado esteja regularmente habilitado e atue dentro dos limites éticos e técnicos da profissão, conforme regulamentação do Conselho Federal de Medicina. **Importante: A classificação de “generalista” é exclusiva da profissão médica, não se aplicando a outras áreas da saúde como Odontologia, Biomedicina, Fisioterapia, Enfermagem, entre outras, cujas atuações estão vinculadas a habilitações específicas.**

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

NOTIFICAÇÃO: Trata-se do ato por meio do qual o tomador, estipulante ou o segurado comunica à seguradora, por escrito, durante a vigência da apólice/certificado individual, fatos ou circunstâncias, potencialmente danosos, ocorridos entre a data limite de retroatividade, inclusive, e o término de vigência da apólice/certificado individual, que possam dar origem a uma Reclamação efetiva nos termos deste seguro. Trata-se da notificação para a Seguradora o recebimento de comunicação sobre uma expectativa de reclamação.

PACIENTE E/OU TERCEIRO: Qualquer pessoa física ou Jurídica, que receba ou tenha recebido atendimento e/ou tratamentos médicos, odontológicos e/ou de outros profissionais da área da saúde ou 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.** Também é considerado Terceiro qualquer pessoa jurídica (CNPJ) que ingresse com ação de regresso contra o segurado em virtude de falha profissional cometida por este.

PERDA DE UMA CHANCE: É a perda da oportunidade e/ou possibilidade de obter um ganho provável e/ou de afastar um prejuízo iminente em favor de terceiros, por parte do Segurado, no estrito exercício da Atividade Profissional, configurando, que a chance seja séria e real, e que a sua perda ocasione dano ao terceiro.

PERÍODO DE RETROATIVIDADE DA COBERTURA: Intervalo de tempo entre a data limite de retroatividade e a data de início de vigência de um seguro à base de reclamações, em uma série de renovações ininterruptas na mesma Seguradora, ficando a critério da Seguradora a cobrança por esse período.

PESSOA JURÍDICA DE TITULARIDADE DO SEGURADO: É a Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte à qual o Segurado figure na condição de sócio ou titular ou caso o segurado seja um Microempreendedor individual.

PRAZOS ADICIONAIS: Prazo adicional (Complementar) para apresentação de reclamações ao segurado, por parte de terceiros, concedido e podendo ser cobrado pela Seguradora, nas seguintes condições:

- Não renovação do seguro;
- Quando transferido para outra sociedade seguradora que não admita, integralmente, o período de retroatividade da apólice precedente;
- Se o seguro, ao final de sua vigência, for transformado em um seguro à base de ocorrência na mesma sociedade seguradora ou em outra;
- Se o seguro for extinto, sem renovação da apólice/certificado individual, ou por cancelamento por decisão do Segurado, e desde que a extinção não tenha ocorrido por determinação legal, por falta de pagamento do prêmio ou por esgotamento do limite máximo de garantia do contrato com o pagamento das indenizações.

A Extensão do Prazo Adicional (Suplementar) para apresentação de reclamações de terceiros ao segurado, poderá ser disponibilizada, a critério da seguradora, a partir do término do Prazo Adicional (Complementar) mediante cobrança de prêmio adicional, desde que respeitadas as condições previstas neste contrato, sendo certo que:

A extensão 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 30 (trinta) dias antes da data final do prazo adicional (complementar);
- A contratação da extensão do prazo adicional (Suplementar) não acarreta, em nenhuma hipótese, a ampliação do período de vigência da Apólice/Certificado individual.

PRÊMIO: Importância fixada na Apólice/Certificado individual e paga à Seguradora como contraprestação pela garantia de interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário.

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

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 da área da saúde, devidamente habilitado, com profissão regulamentada por Órgão / Conselho Profissional de Classe Federal e/ou Regional (CFM, CRM, CFO, CRO, COFFITO, CREFITO, COFEN, COREN, CFP, CRP, CFMV, CRMV, entre outros similares), de acordo com suas exigências para praticar atividades e/ ou procedimentos na área da saúde.

PROPOSTA: Documento preenchido pelo Proponente, seu representante legal, ou Corretor de Seguros que formaliza o interesse em contratar, alterar ou renovar o Seguro, contendo os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. A proposta é a base da Apólice/Certificado individual de seguro e faz parte integrante deste.

QUESTIONÁRIO DE ANÁLISE DE RISCO: Formulário preenchido para a contratação do seguro, fornecendo as informações necessárias à aceitação da Proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio. A prestação de informações inverídicas ou incompletas no Questionário de Análise do Risco, ou, ainda, a omissão de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, poderá acarretar a perda da garantia, sem prejuízo do pagamento do Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, ou a redução proporcional da garantia, na forma prevista nas Condições Gerais.

RECLAMAÇÃO: Manifestação de terceiro, pedindo indenização ao segurado, alegando sua responsabilidade civil por ato possivelmente danoso.

REGULAÇÃO DE SINISTRO: Procedimento destinado à apuração das circunstâncias, causas e efeitos do Sinistro, bem como dos prejuízos dele decorrentes que sejam passíveis de Indenização.

REINTEGRAÇÃO: Recomposição do Limite Máximo de Indenização relativo a uma ou mais das coberturas contratadas, após o pagamento de alguma Indenização ao Segurado.

RESIDÊNCIA MÉDICA: Modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista.

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

RISCO EXCLUÍDO: Evento potencialmente danoso não coberto pela Apólice/Certificado individual, seja em razão de sua previsão expressa nas cláusulas de Riscos Excluídos das Condições Contratuais, seja por não se enquadrar entre os riscos cobertos pela Apólice/Certificado individual.

SALVADOS: São os objetos resgatados de um Sinistro e que ainda possuem valor comercial, incluindo tanto os bens que tenham ficado em perfeito estado como os parcialmente danificados.

SEGURADO: É a pessoa física contratante do seguro, na qualidade de prestador de serviços profissionais (médico, odontológico ou demais atividades relacionadas à prestação de serviços da saúde), com habilitação vigente e reconhecida pelos respectivos conselhos competentes, inclusive para a especialidade objeto do seguro, devidamente designado na Apólice/Certificado individual.

Será considerado segurado, o **cônjugue ou pessoa equiparada em união estável com o Segurado**, quando o Segurado for insolvente ou tiver falecido ou for declarado incapaz ou inabilitado, após a contratação do Seguro, bem como aos **sucessores (herdeiros ou legatários) em caso de falecimento do Segurado**.

SEGURADORA: Empresa legalmente autorizada a comercializar seguro que, mediante o recebimento do Prêmio, garante interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário contra riscos predeterminados. Para o presente seguro, é 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 dos documentos contratuais. 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 os respectivos danos e prejuízos se produziram no momento cronológico em que ocorreu o primeiro deles, estando, assim, sujeito aos limites e franquias por Sinistro fixados nos documentos contratuais. 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.

SUB-ROGAÇÃO: É a transferência de direitos, ações, garantias e privilégios do Segurado, ou de terceiros para a Seguradora, resultante do pagamento de indenização prevista na Apólice/Certificado individual.

SUSPENSÃO DE PRAZO: É a paralisação temporária da contagem de um prazo contratual ou legal. Durante o período de suspensão, o prazo deixa de fluir, mas volta a ser contado do ponto em que parou assim que cessar a causa da suspensão.

TOMADOR / RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO: Pessoa física ou jurídica que contrata o seguro em benefício dos segurados e que se responsabiliza, junto à sociedade seguradora, a atuar em nome destes com relação às condições contratuais do seguro, inclusive no pagamento dos prêmios, comunicação de sinistros e de suas expectativas.

VIGÊNCIA: Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor a Apólice/Certificado individual de seguro, podendo ser fixado em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem, trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

1.3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 1.3.1. Este seguro está restrito exclusivamente às Reclamações apresentadas no território brasileiro, relativas a perdas, danos, despesas, falhas profissionais e fatos geradores ocorridos no Brasil, em qualquer local de atendimento do profissional, inclusive atendimentos em remoção de pacientes, atendimentos domiciliares e os de telemedicina ou virtuais, desde que dentro da(s) sua(s) especialidade(s), e que esta(s) esteja(m) contratada(s) na Apólice/Certificado individual, ou no Ato do Bom Samaritano.

CLÁUSULA 2 – CONTRATAÇÃO E VIGÊNCIA

2.1. ACEITAÇÃO/CONTRATAÇÃO

- 2.1.1. A contratação ou alteração do seguro se dará mediante apresentação da Proposta à Seguradora, devidamente preenchida e assinada pelo Tomador, Segurado, Proponente, Estipulante, ou por intermédio de seu representante legal, e/ou pelo Corretor de Seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das respectivas Condições Contratuais.
 - 2.1.1.1. O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta, mas as informações prestadas integram a Apólice/Certificado individual a ser celebrado.
 - 2.1.1.2. Durante o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos para análise, contados a partir da data do recebimento da Proposta, não haverá cobertura securitária, salvo se houver previsão específica de cobertura provisória nas Condições Contratuais ou em documento formal emitido pela Seguradora.
 - 2.1.1.3. Na Apólice coletiva, a proposta de contratação deverá ser assinada pelo Estipulante e/ou seu representante legal e pelo Corretor de Seguros habilitado, quando aplicável, e na Proposta de Adesão, nos seguros coletivos, deverão ser assinadas pelo proponente e/ou seu representante legal e/ou corretor de seguros habilitado.
- 2.1.2. Na Proposta, deverão ser prestadas pelo potencial Segurado ou pelo Estipulante, de forma completa e verídica, as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa do Prêmio, de acordo com o Questionário de Análise de Risco disponibilizado pela Seguradora. O descumprimento do dever de declaração, inclusive por omissão, inexatidão ou reticência, acarretará as consequências previstas na Cláusula 4.3 – HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS, conforme o disposto na legislação aplicável.
 - 2.1.2.1. A Proposta deverá ser acompanhada do Questionário de Análise de Risco devidamente preenchido.

2.1.2.2. As partes e os terceiros intervenientes na Apólice/Certificado individual, ao responderem ao Questionário de Análise de Risco, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

2.1.2.3. Adicionalmente, na Proposta, deverão ser fornecidas à Seguradora as seguintes informações cadastrais:

a) Pessoa Física:

- a.1) nome completo;
- a.2) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/ME;
- a.3) em caso de estrangeiro, número de identificação, válido em todo território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data de expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição;
- a.4) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação);
- a.5) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal;
- a.6) número de telefone e código DDD;
- a.7) estado civil;
- a.8) profissão;
- a.9) enquadramento na condição de Pessoa Politicamente Exposta, se for o caso; e
- a.10) Comprovação de Empresa Individual de Responsabilidade Limitada, Empresário Individual, ou outra inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), onde conste a pessoa física do Segurado, no caso de contratação com seu CNPJ.

b) Pessoa Jurídica:

- b.1) a denominação ou razão social;
- b.2) atividade principal desenvolvida;
- b.3) número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; ou, no caso de empresa estrangeira, que não possui o registro no cadastro do CNPJ, serão admitidas outras formas de identificação com as devidas referências ao órgão registrador, incluindo o país em que está sediado;
- b.4) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;
- b.5) informações acerca da situação patrimonial e financeira;
- b.6) as informações do Item a para controladores até o nível de pessoa natural, principais administradores e procuradores;
- b.7) as informações do Item a para beneficiários finais.

2.1.3. 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.

2.1.4. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e da hora de seu recebimento, desde que satisfeitos todos os requisitos formais necessários.

2.1.4.1. A Seguradora poderá recusar o fornecimento de protocolo para a Proposta que não satisfaça a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, previamente à sua análise, devolvendo-a para o atendimento das exigências pendentes.

2.1.5. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta, para aceitá-la ou recusá-la.

2.1.5.1. Aplica-se o mesmo prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos para aceitação ou recusa de propostas de renovação não automática e alteração por endosso.

2.1.5.2. A Seguradora, dentro do prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, poderá solicitar esclarecimentos, exames periciais, e documentos complementares para análise e aceitação da Proposta. Neste caso, o referido prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido, reiniciando-se a partir do primeiro dia útil subsequente à data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.

- 2.1.5.3.** A recusa da Proposta será comunicada pela Seguradora ao Proponente, Tomador, Segurado, Estipulante ou ao representante legal de um ou de outro, e, adicionalmente, ao Corretor de Seguros, por escrito, acompanhada da respectiva justificativa.
- 2.1.5.4.** A ausência de manifestação por escrito da Seguradora no prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos caracterizará aceitação tácita da Proposta.
- 2.1.6.** A emissão da Apólice/Certificado individual, do Endosso ou de qualquer outro documento comprobatório do Seguro contratado, bem como a entrega do respectivo documento ao contratante, será realizada em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de aceitação da Proposta.
- 2.1.6.1.** A data de aceitação da Proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:
- A data da manifestação expressa pela Seguradora;
 - A data de emissão da Apólice/Certificado individual; ou
 - A data de término do prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.
- 2.1.6.2.** Se houver algum erro nos dados e/ou informações constantes da Apólice/Certificado individual, o Segurado deverá solicitar, por escrito, à Seguradora a correção da divergência existente.
- 2.1.7.** Na hipótese de apresentação de Proposta com pagamento antecipado de Prêmio, total ou parcial, o período de vigência da Apólice/Certificado individual será considerado iniciado a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora, em cobertura provisória, até que a Seguradora aceite, ou não, o risco.
- 2.1.7.1.** Fica estabelecido que a garantia provisória oferecida a partir do recebimento da Proposta com o adiantamento do Prêmio não obriga a Seguradora a aceitar definitivamente a referida Proposta.
- 2.1.7.2.** Em caso de recusa da Proposta, a cobertura securitária permanecerá 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.
- 2.1.7.3.** Formalizada a recusa, o valor do adiantamento a que se refere a cláusula 2.1.7 deverá ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “*pro rata temporis*” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura e do valor das despesas de contratação.
- 2.1.8.** 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 individual, não havendo cobertura provisória.
- 2.1.9.** A Apólice/Certificado individual será considerada nula quando qualquer das partes souber, no momento de sua celebração, que o risco é impossível ou já se realizou.
- 2.1.9.1.** Se o Segurado, Estipulante ou demais partes contratantes tiverem conhecimento da impossibilidade ou da prévia realização do risco e, não obstante, contratar a Apólice/Certificado individual, pagará à outra o dobro do valor do prêmio.
- 2.1.10.** **Não há presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta ou Questionário de Análise de Risco, nem daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma estipulada na Cláusula 4.1 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO.**

2.2. FORMA DE CONTRATAÇÃO

- 2.2.1.** Este seguro é contratado mediante Apólice coletiva ou individual é a **primeiro risco absoluto**, ou seja, sem aplicação da regra proporcional ou Cláusula de Rateio, tomando-se por base o valor contratado, respeitado o Limite Máximo de Indenização indicado na Apólice/Certificado individual.

2.3. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

- 2.3.1.** O início e o término de vigência do seguro contratado dar-se-ão a partir das vinte e quatro horas das respectivas datas indicadas na Apólice/Certificado individual, obedecendo a duração de **1 (um) ano**.
- 2.3.2.** **O período de retroatividade e/ou a data retroativa / data limite de retroatividade de cobertura estará indicada na Apólice/Certificado individual.**
- 2.3.3.** O prazo de Vigência deste contrato será o estipulado na Apólice/Certificado individual.
- 2.3.3.1.** Este Seguro é firmado por prazo determinado, tendo as Partes a faculdade de não renovar a Apólice/Certificado individual na data de vencimento, salvo nos casos em que houver acordo expresso entre as Partes para renovação automática.

2.3.3.1.1. Salvo específica estipulação diversa nestas Condições Contratuais, em nenhuma hipótese será devida a devolução dos Prêmios pagos durante a vigência da Apólice/Certificado individual,

2.3.3.2. O término da vigência da Apólice/Certificado individual, sem renovação válida, acarretará a cessação automática das coberturas securitárias, independentemente de aviso prévio, mantendo-se válidas as obrigações assumidas pelas partes até a data final de vigência.

2.3.4. A Seguradora concede um prazo para Renovação do contrato, sem perda do período de retroatividade da Apólice/Certificado individual, até 30 (trinta) dias a partir da data final da vigência da Apólice/Certificado individual a ser renovada.

2.3.5. Não haverá renovação automática neste seguro. Eventual pedido de renovação deverá ser formalizados através do preenchimento de Proposta pelo Tomador, Segurado, seu representante legal, Estipulante e/ou Corretor de Seguros nos termos da Cláusula 2.1 – ACEITAÇÃO/CONTRATAÇÃO das Condições Gerais, com no mínimo 25 (vinte e cinco) dias antes do término da Vigência da Apólice/Certificado individual.

2.3.5.1. A Seguradora poderá condicionar a renovação à aceitação de modificações nas condições contratuais originalmente pactuadas, comunicando as novas condições por escrito ao contratante, mediante aviso prévio em até 30 (trinta) dias corridos antes do término da Vigência.

2.3.5.2. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar o contrato de seguro, o Segurado será informado formalmente dentro do mesmo prazo mencionado no item acima de 30 (trinta) dias antes do término da Vigência.

2.3.6. NO CASO DE O SEGURADO SUBMETER A PROPOSTA DE RENOVAÇÃO EM DESACORDO COM OS PRAZOS ESTABELECIDOS 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, E PODERÁ CONCEDER OU NÃO O PERÍODO DE RETROATIVIDADE, QUE FICARÁ SOB ANÁLISE DA SEGURADORA.

2.3.7. É facultado ao segurado a contratação da Extensão do Prazo Adicional (Suplementar) no prazo indicado no item 2.5.1 e 2.5.2 da Cláusula 2.5. Extensão do Prazo Adicional (Suplementar) para Reclamação.

2.3.8. 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/Certificado individual da sequência de renovação sem interrupção.

2.3.9. Em caso de renovações sucessivas e ininterruptas da Apólice/Certificado individual na mesma seguradora, será concedido, a critério da Seguradora, o período de retroatividade de cobertura da Apólice/Certificado individual anterior e o Prazo Adicional (Complementar) para Reclamações.

2.3.10. O Segurado tem direito a ter fixado, como data limite de retroatividade em cada renovação de uma Apólice/Certificado individual à base de Reclamações, a data pactuada por ocasião da contratação da primeira Apólice/Certificado individual, facultada, mediante acordo entre as partes, a fixação de outra data, anterior àquela hipótese em que a nova data prevalecerá nas renovações futuras.

2.4. PRAZO ADICIONAL PARA RECLAMAÇÕES (COMPLEMENTAR)

2.4.1. A seguradora poderá continuar sendo responsável pelas Reclamações apresentadas após o período de Vigência, de forma automática, por um prazo adicional (Complementar) por **3 (três) anos**, contados a partir da data do término do período de Vigência do contrato de seguro. Caso a Apólice/Certificado individual não seja renovada nesta seguradora, ficando a cobrança de Prêmio a critério da Seguradora, conforme indicado no Contrato de Seguro, 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 transitada em julgado ou em juízo arbitral e tenha sido cometido durante o período de Vigência ou dentro do período de retroatividade;
- b) A seguradora tenha recebido a(s) Reclamação(ões) por escrito, até o fim do prazo adicional (Complementar);
- c) A Apólice/Certificado individual for transferida para outra Seguradora que não admita, integralmente, o período de retroatividade da Apólice/Certificado individual precedente;
- d) A Apólice/Certificado individual for substituída por uma Apólice/Certificado individual à base de ocorrência, ao final de sua vigência, na mesma seguradora ou em outra; e

- e) Se o Seguro for extinto, desde que a extinção não tenha ocorrido por determinação legal, por falta de pagamento do prêmio ou por esgotamento do limite máximo de garantia do contrato com o pagamento das indenizações.
- 2.4.2.** A concessão ou contratação do prazo adicional (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 durante o período de vigência da Apólice/Certificado individual ou período de retroatividade.
- 2.4.3.** 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 adicional (Complementar) serão de competência do último período de Vigência em que a eventual indenização vier a ser devida.
- 2.4.4.** Fica, ainda, entendido e acordado que as condições desta cláusula prevalecerão acima de outras condições da apólice/certificado individual no que se refere às reclamações apresentadas durante o referido prazo adicional (Complementar).
- 2.4.5.** As disposições da presente cláusula não alteram, em hipótese alguma, o período de Vigência do contrato de Seguro, aplicando-se apenas às Reclamações de Sinistros ocorridos durante o referido período de Vigência.
- 2.4.6.** Este prazo complementar não implica extensão da vigência da apólice.

2.5. EXTENSÃO DO PRAZO ADICIONAL PARA RECLAMAÇÕES (SUPLEMENTAR)

- 2.5.1.** O Segurado poderá contratar, mediante pagamento de Prêmio adicional, a Extensão do Prazo Adicional (Suplementar) para apresentação de reclamações de terceiros, **uma única vez e exclusivamente durante a vigência do prazo adicional (Complementar) pagando o prêmio adicional**. Para a definição do Prêmio adicional da Extensão do Prazo Adicional (Suplementar) de até 3 (três) anos, será considerado o Prêmio anual da Apólice/Certificado individual não renovada mais o valor obtido na tabela seguinte (cada fração de ano será considerada ano inteiro):

Extensão do Prazo Adicional (Suplementar) para reclamações – além do prazo adicional (Complementar) de 3 (três) anos	Prêmio Adicional
Mais 1 (um) ano – Sem período de retroatividade	60% do último prêmio
Mais 1 (um) ano – Com período de retroatividade de 1 (um) ano	100% do último prêmio
Mais 1 (um) ano – Com período de retroatividade de 2 (dois) anos	125% do último prêmio
Mais 1 (um) ano – Com período de retroatividade de 3 (três) anos ou mais	140% do último prêmio
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
Mais 2 (dois) anos – Com período de retroatividade de 2 (dois) anos	125% do último prêmio
Mais 2 (dois) anos – Com período de retroatividade de 3 (três) anos ou mais	140% do último prêmio
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
Mais 3 (três) anos – Com período de retroatividade de 2 (dois) anos	125% do último prêmio
Mais 3 (três) anos – Com período de retroatividade de 3 (três) anos ou mais	140% do último prêmio

- 2.5.2.** Para exercer o direito à Extensão do Prazo Adicional (Suplementar), o Segurado deverá, obrigatoriamente, requerer sua contratação por escrito em até 30 (trinta) dias antes do término do Prazo Adicional (Complementar). O prêmio adicional referente à Extensão do Prazo Adicional (Suplementar) deverá ser pago, em uma única parcela, em até 30 (trinta) dias após a emissão da respectiva contratação.
- 2.5.3.** O Limite Agregado, uma vez determinado na especificação da Apólice/Certificado individual, será aplicado na mesma proporção existente em relação ao Limite Máximo de Indenização residual indicado neste item.

- 2.5.4.** A contratação da Extensão do Prazo Adicional (Suplementar) somente poderá ser feita:
- Desde que a Apólice/Certificado individual não tenha sido renovada;
 - Desde que a Apólice/Certificado individual não tenha sido cancelada por inadimplência, por determinação legal;
 - Desde que o Limite Agregado não tenha sido esgotado durante o Prazo Adicional inicial (Complementar); e
 - Desde que tenha havido renovação em outra Seguradora cujo contrato de Seguro não admite período de retroatividade de cobertura da apólice anterior.
- 2.5.5.** Em caso de contratação da Extensão do Prazo Adicional (Suplementar), conforme os termos acima, não será possível requerer seu cancelamento ou restituição do Prêmio pago.
- 2.5.6.** Se, nas Apólice/Certificado individual anteriores, que deram motivo ao período de retroatividade da cobertura, o limite máximo indenizável for diferente do constante da última Apólice/Certificado individual, o Prêmio relativo a esta cláusula poderá ser ajustado proporcionalmente àquele limite máximo indenizável.
- 2.5.7.** **Essa Extensão do Prazo Adicional (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/Certificado individual.**
- 2.5.8.** Em qualquer das situações apresentadas nesta cláusula, fica entendido e acordado que as Reclamações que forem consideradas como apresentadas pela primeira vez durante a Extensão do Prazo Adicional (Suplementar) serão de competência do último período de vigência.
- 2.5.8.1.** **Fica, ainda, entendido que o prazo adicional também se aplica às coberturas previamente contratadas e que não foram incluídas na renovação do Seguro, desde que estas não tenham sido extintas por determinação legal ou por falta de pagamento do Prêmio.**
- 2.5.9.** 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/Certificado individual.

2.6. RESCISÃO E CANCELAMENTO

- 2.6.1.** A Apólice/Certificado individual contratada poderá ser rescindida a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes contratantes, desde que tal intenção seja comunicada por escrito e que haja concordância da outra parte. A comunicação deverá ser feita com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de vencimento da próxima parcela do seguro, quando aplicável, a fim de evitar que tal parcela seja cobrada. Caso a (o) cobrança/débito tenha sido efetuada (o), a seguradora providenciará a devolução do valor, se devido, observando o disposto nos subitens abaixo.
- 2.6.2.** Na hipótese de rescisão a pedido do Segurado, a Seguradora reterá, além dos emolumentos, o Prêmio, calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto da Cláusula 5.1 – PAGAMENTO DO PRÊMIO das Condições Gerais. Para os prazos não previstos na Tabela, deverá ser utilizado o percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior.
- 2.6.3.** Na hipótese de rescisão por iniciativa da Seguradora, será retida, além dos emolumentos, a fração do Prêmio proporcional ao tempo decorrido entre o início de Vigência e a data do efetivo cancelamento.
- 2.6.4.** **A Apólice/Certificado individual será automaticamente cancelada, sem direito à restituição de Prêmio, impostos ou emolumentos, nas seguintes hipóteses:**
- 2.6.4.1.** Por falta de pagamento do Prêmio, caso o Segurado não regularize a mora no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados da notificação enviada pela Seguradora comunicando-o sobre o prazo para regularização do pagamento, e suspensão da garantia vencido tal prazo, além da possibilidade de resolução da Apólice/Certificado individual após o período de 30 (trinta) dias corridos.
- 2.6.4.1.1.** Nesta hipótese, será reduzida a Vigência proporcionalmente ao Prêmio pago pelo Segurado, tomando como base a Tabela de Prazo Curto da Cláusula 5.1 – PAGAMENTO DO PRÊMIO, destas Condições Gerais.
- 2.6.4.1.2.** O prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos previsto nesta cláusula terá início na data da frustração da notificação, sempre que o Segurado ou o Estipulante recusem seu recebimento ou, por qualquer razão, não forem encontrados no último endereço informado à Seguradora.
- 2.6.4.1.3.** O cancelamento da Apólice/Certificado individual libera integralmente a Seguradora por Sinistros e despesas de salvamento ocorridos a partir de então.

2.6.4.1.4. O inadimplemento relativo à prestação única ou à primeira parcela do Prêmio, até a data de seu vencimento, caracteriza o não aperfeiçoamento da contratação do seguro, não sendo necessária qualquer notificação prévia ao Segurado para a constituição da mora ou para a produção de seus efeitos.

2.6.4.2. Quando houver fraude ou tentativa de fraude praticada pelo Segurado, seu Representante Legal, Tomador, Estipulante ou Beneficiário na contratação do seguro, durante a sua Vigência, ou, ainda, para obter ou para majorar a Indenização;

2.6.4.3. Na ocorrência de quaisquer das situações previstas na Cláusula 4.3 – HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS, salvo nos casos em que não haja má-fé e que a Seguradora opte pela continuidade do seguro;

2.6.4.4. Quando, na vigência da Apólice/Certificado individual, a Indenização ou soma das Indenizações pagas com referência a cada Sinistro atingir ou ultrapassar seu Limite Máximo de Garantia ou o Limite Agregado;

2.6.4.5. Quando a Seguradora (i) não for comunicada sobre a venda, alienação ou cessão do bem segurado e da transferência do interesse garantido, ou, (ii) se notificada, optar por resolver a Apólice/Certificado individual ou ainda (iii) quando o cessionário exercer atividade capaz de aumentar de forma relevante o risco ou não preencher os requisitos exigidos pela Seguradora.

2.6.4.5.1. Na hipótese (ii) acima, a Seguradora se manifestará no prazo de 15 (quinze) dias corridos contados do recebimento da comunicação e a recusa será informada por escrito ao Segurado cedente e ao cessionário, produzindo efeitos após 15 (quinze) dias contados do recebimento da notificação.

2.6.4.5.2. Na hipótese (iii) a transferência do interesse garantido somente surtirá efeitos mediante anuênciam expressa da Seguradora.

2.6.4.5.3. Resolvida a Apólice/Certificado individual em qualquer das hipóteses previstas na cláusula 2.6.4.5, o Segurado fará jus à devolução proporcional do Prêmio, conforme Tabela de Prazo Curto da Cláusula 5.1 – PAGAMENTO DO PRÊMIO das Condições Gerais.

2.6.4.6. Quando for constatada a prática de atos ilícitos graves, inclusive, mas não se limitando a condições análogas à escravidão, trabalho degradante ou outros atos tipificados na legislação vigente como atentatórios à dignidade da pessoa humana.

2.6.5. Em caso de comunicação de relevante agravamento de risco, a Seguradora poderá:

2.6.5.1. Cobrar a diferença de prêmio, no prazo de 20 (vinte) dias corridos da comunicação;

2.6.5.2. Cancelar o seguro, mediante comunicação por escrito ao segurado, caso não seja tecnicamente possível garantir o novo risco. O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação do Segurado.

2.6.5.3. Resolvida a Apólice/Certificado individual em qualquer das hipóteses previstas na cláusula 2.6.5, o Segurado fará jus à devolução proporcional do Prêmio, conforme Tabela de Prazo Curto da Cláusula 5.1 – PAGAMENTO DO PRÊMIO das Condições Gerais, ressalvado à Seguradora o direito ao resarcimento das despesas incorridas com a contratação.

CLÁUSULA 3 – GARANTIAS DO SEGURO

3.1. CONDIÇÕES PARA VALIDADE DO SEGURO

3.1.1. 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 do Segurado, a data da Notificação feita pelo Segurado à Seguradora, desde que tenham sido atendidas todas as disposições específicas da cobertura, conforme previsto na cláusula 3.2. COBERTURAS CONTRATADAS, e que os danos:

a) Tenham sido atribuídos à responsabilidade do Segurado, por Terceiros, por meio de Reclamação formal, apresentada ao mesmo ou através de acordo prévio, com anuênciam prévia e escrita da Seguradora:

- Durante o Período de Vigência da Apólice/Certificado individual; ou
- Durante o Prazo Adicional (Complementar), quando cabível; ou
- Durante a Extensão do Prazo Adicional (Suplementar), quando cabível.

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

- 3.1.2.** Em caso de falecimento do Segurado, ou que este esteja insolvente ou declarado incapaz ou inabilitado, este seguro garante o cônjuge ou pessoa equiparada em união estável com o segurado, bem como os sucessores (herdeiros ou legatários).
- 3.1.3.** A cobertura das Apólices/Certificado individual renovadas 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.
- 3.1.4.** Na hipótese de a Reclamação contra o Segurado recair sobre a Pessoa Jurídica da qual o Segurado seja sócio ou titular, estando esse CNPJ ou não descrito como Tomador ou Estipulante na Apólice/Certificado individual, a Seguradora responderá pelos Custos de Defesa e Indenizações devidas pela Pessoa Jurídica da qual o Segurado seja sócio ou titular, desde que observadas, cumulativamente, as seguintes condições:
- (i) O erro, ato ou omissão que deu origem à reclamação tenha sido cometido exclusivamente pelo Segurado identificado na Apólice/Certificado individual (CPF);
 - (ii) O nome e CPF do Segurado constem expressamente na Apólice/Certificado individual como profissional segurado;
 - (iii) A Pessoa Jurídica reclamada seja uma Microempresa (ME), Empresa de Pequeno Porte (EPP) ou Microempreendedor Individual (MEI), conforme definido na legislação vigente;
 - (iv) O Segurado seja sócio ou titular da Pessoa Jurídica, conforme comprovado por contrato social ou documento equivalente;
 - (v) A Reclamação esteja relacionada a atos profissionais regulares do Segurado, dentro das especialidades informadas na proposta e cobertas por esta apólice ou no Ato do Bom Samaritano.
- 3.1.4.1.** Não haverá cobertura sobre a Pessoa Jurídica da qual o Segurado seja sócio ou titular:
- (i) Quando o erro que originou a reclamação tiver sido cometido por outro sócio ou colaborador da pessoa jurídica que não esteja segurado por Apólice/Certificado individual de Responsabilidade Civil Profissional da MAPFRE;
 - (ii) Quando a reclamação envolver atos de gestão administrativa ou empresarial da pessoa jurídica;
 - (iii) Quando a pessoa jurídica não for de titularidade do segurado, ainda que ele tenha atuado no atendimento, salvo nos casos de ação de regresso ou condenação posterior com trânsito em julgado.
- 3.1.4.2.** Importante: Esta Apólice/Certificado individual é contratada em nome do profissional (CPF) e não da empresa (CNPJ). A extensão da cobertura ao CNPJ aplica-se exclusivamente quando o erro for cometido pelo próprio Segurado, que deve constar na Apólice/Certificado individual e ser sócio ou titular da empresa. A cobertura não se estende automaticamente a outros sócios ou colaboradores, salvo se também segurados por Apólice/Certificado individual de Responsabilidade Civil Profissional da MAPFRE.
- 3.1.5.** A Seguradora não condiciona a validade da cobertura securitária à denunciaçāo da lide. Assim, o Segurado não está obrigado a requerer que a Seguradora seja chamada a integrar o polo passivo da ação judicial movida contra ele para que haja a garantia do seguro.
- 3.1.6.** A ausência de Registro de Qualificação de Especialidade (RQE) não será, por si só, motivo de negativa de cobertura, desde que o Segurado comprove, por documentação idônea, que possui formação compatível com a especialidade declarada e que atuava dentro dos limites técnicos e éticos da profissão.
- 3.1.7.** O Período de Retroatividade da Cobertura aplica-se exclusivamente a renovações ininterruptas realizadas com a mesma Seguradora. Assim, nos seguros contratados oriundos de transferência de outra seguradora não haverá cobertura para reclamações relacionadas a atos ocorridos antes do início de vigência da Apólice/Certificado.
- 3.2. COBERTURAS CONTRATADAS**
- 3.2.1.** As coberturas contratadas somente serão válidas quando estiverem expressamente indicadas na Apólice/Certificado individual e respeitadas todas as condições estabelecidas nestas Condições Gerais e Especiais/Particulares, quando presentes.

- 3.2.2.** Respeitando o Limite Máximo de Indenização estabelecido na Especificação da Apólice/Certificado individual, fica entendido e acordado que este seguro cobrirá a Perda ou Dano de Documento(s) de cliente(s) do Segurado, desde que tais documentos sejam estritamente relacionados ao atendimento médico a ser prestado pelo Segurado e desde que tenham sido entregues ao Segurado para a realização do procedimento médico, durante a Prestação de Serviços Profissionais - e desde que tal(is) documento(s) estejam legalmente sob sua posse e que a perda ou dano seja comprovadamente de sua responsabilidade. A presente Cobertura garantirá os gastos e despesas necessários para a restituição e reparação de tais documentos.
- 3.2.2.1. Para fins desta Cobertura, “Perda ou Danos” também inclui extravio, furto ou roubo dos documentos.
- 3.2.2.2. Esta cláusula não se aplica a Reclamações de Danos decorrentes do uso ou desgaste natural de documentos.
- 3.2.2.3. A definição “Documentos”, contida nesta Cláusula, não inclui dinheiro, documentos de cunho financeiro ou registros deles, bem como quaisquer documentos que não tenham relação com a Prestação de Serviços Profissionais do Segurado.
- 3.2.3.** Este seguro garante também ao Segurado a cobertura para os valores que venha a ser legalmente obrigado a ressarcir, em decorrência de ação de regresso movida por pessoa física ou instituições públicas ou privadas que tenham sido condenadas judicialmente a indenizar Terceiros por danos causados por atos, erros ou omissões do Segurado no exercício de suas atividades profissionais na área da saúde, obedecendo as seguintes condições para ação:
- A ação de regresso deve estar fundamentada em decisão judicial ou acordo homologado judicialmente;
 - O fato gerador da responsabilidade deve ter ocorrido durante a vigência da Apólice/Certificado individual;
 - O Segurado deverá comunicar a Seguradora imediatamente após o recebimento da citação ou notificação judicial.
- 3.2.3.1. Não estarão cobertas por este seguro as ações de regresso:
- decorrentes de atos dolosos praticados pelo Segurado;
 - movidas por familiares diretos do Segurado, salvo se decorrentes de vínculo profissional formal;
 - que tenham como fundamento obrigações contratuais assumidas pelo Segurado que extrapolam sua responsabilidade legal ou técnica.
- 3.2.5.** Estão garantidos por este Seguro, com anuência da Seguradora, sem prejuízo das demais disposições contratuais e até o Limite Máximo de Indenização contratado estabelecido na Apólice/Certificado individual:
- Reclamação por qualquer dano corporal e/ou dano material, bem como pelo dano moral e/ou dano estético, e, ainda, por todas as despesas diretamente resultantes dos danos relacionados, causados ao paciente/terceiro, durante o período de vigência do presente Seguro, por Falha Profissional culposa (negligência, imprudência ou imperícia) cometida no exercício da profissão de médico, dentista ou outra profissão da área da saúde, desde que não caracterizada conduta dolosa ou intencional, e pelo qual o Segurado venha a ser responsabilizado por sentença judicial transitada em julgado ou em acordo previamente autorizado, por escrito, pela Seguradora.
 - Reclamação por Dano Corporal e/ou Dano Material, bem como o Dano Moral e/ou Dano Estético, e, ainda, por todas as despesas diretamente resultantes dos danos relacionados, em razão da sua responsabilidade civil, mediante a indenização dos danos causados a Terceiros que o mesmo venha a ser obrigado a reparar, decorrentes de acidentes relacionados à existência, uso e conservação dos imóveis ocupados por clínicas e/ou consultórios sob seu controle (ou seja, no caso de o Segurado ser sócio e/ou administrador), e nos quais o Segurado desenvolve sua atividade profissional, pelos quais venha a ser civilmente responsável e desde que tais acidentes ocorram durante a vigência do seguro ou durante o Período de Retroatividade da Cobertura”;
 - 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 este seguro, respeitado o limite máximo de despesas de salvamentos indicado na Apólice/ Certificado individual contratada e as demais disposições contratuais;

- d) Reclamações futuras de terceiros prejudicados, relativas a fatos ou circunstâncias ocorridas entre a data limite de retroatividade, inclusive, e o término de vigência da Apólice/Certificado individual, desde que tenham sido notificados pelo segurado, durante a vigência da Apólice/Certificado individual;
- e) As custas judiciais para a defesa judicial do Segurado na esfera civil, pelos honorários de advogados, de livre escolha do Segurado, desde que previamente autorizados, por escrito, pela Seguradora, para defesa judicial de seus interesses, e desde que as despesas estejam devidamente comprovadas e relacionadas a Sinistro indenizável por este seguro;
- f) Os Custos de Defesa do Segurado na esfera administrativa e disciplinar, previamente autorizado, por escrito, pela Seguradora, correspondente às defesas e/ou explicações perante as entidades de proteção ao consumidor (Procon, Decon, DPDC – Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor, etc...) e/ ou órgãos oficiais vinculados ao Conselho Federal e/ou aos Conselhos Regionais de Medicina, desde que relacionadas a um risco coberto;
- g) As custas judiciais para a defesa do Segurado na esfera penal/criminal quando se tratar de crime culposo, previamente autorizadas, por escrito, pela Seguradora, caso ele seja indiciado criminalmente em decorrência de Falha Profissional médica a Terceiros, desde que haja Reclamação prévia amparada por este seguro, ficando desde já estabelecido que se ao final do devido processo legal for comprovado que o Segurado praticou efetivamente ato/crime doloso, ele deverá ressarcir à Seguradora a totalidade dos valores desembolsados por ela para cobrir os Custos de Defesa do Segurado, nos termos do item 3.2.5.1 abaixo;
- h) Os custos de Reparação de Imagem: Custos incorridos, mediante consentimento prévio da Seguradora, com a contratação de serviços profissionais de empresas de assessoria de imprensa, publicidade e relações públicas, incluindo o custo da produção e veiculação de eventuais comunicados, esclarecimentos, ou publicações, com o objetivo de reparar a reputação do Segurado, caso esta tenha sido danificada em decorrência da veiculação de artigo, matéria, ou reportagem jornalística associada à uma Reclamação coberta pela Apólice/Certificado individual. **Não constitui situação passível de restituição de imagem a mera publicação do nome, razão social, nome fantasia, CPF ou CNPJ do Segurado associado a uma Reclamação em diários oficiais, boletins jurídicos, mídias sociais, sítios físicos ou eletrônicos de consulta de andamento de trâmites do judiciário;**
- i) Injúria, Calúnia e Difamação – Exclusivamente para fins de Custos de Defesa, em caso de Reclamação apresentada contra o Segurado, decorrente da prática de injúria, calúnia ou difamação, desde que tais atos tenham ocorrido no exercício da prestação de Serviços Profissionais. A extensão de cobertura ora descrita não se aplica a qualquer Reclamação que alegue injúria, calúnia ou difamação não relacionada à prestação de Serviços Profissionais pelo Segurado ao Terceiro Reclamante. Fica desde já estabelecido que, caso seja comprovado, ao final do devido processo legal, que o Segurado praticou dolosamente qualquer um dos atos ilícitos mencionados, este deverá ressarcir à Seguradora a totalidade dos valores desembolsados para cobertura dos Custos de Defesa, nos termos do item 3.2.5.1. abaixo.
- j) Proteção contra reclamações decorrentes de violação involuntária do dever de sigilo profissional, desde que praticada sem dolo, no exercício regular de suas atividades profissionais.
- k) Devolução de honorários médicos pagos pelo paciente, no caso de erro ou omissão médica comprovada, que sejam solicitados pelo paciente através de ação judicial, sendo o valor devolvido apenas se o profissional segurado tiver sido declarado culpado com o trânsito em julgado da sentença, e mediante prévia autorização por escrito da Seguradora;
- l) Devolução de honorários médicos pagos pelo paciente, que tenham sido solicitados por ele, em caso de erro ou omissão médica comprovada, especificamente em situações em que a negociação esteja em esfera administrativa e negocial, ou seja, quando o paciente ameaçar por escrito que irá fazer uma Reclamação (coberta pela Cláusula 3.2. COBERTURAS CONTRATADAS ou ajuizar uma ação contra o Segurado, mas ainda não formalizou.
 - I.1) A Cobertura só será válida se o Segurado disponibilizar à Seguradora o acordo feito com seu cliente (paciente) constando declaração expressa e inequívoca com assinatura legalmente reconhecida, de que referido cliente (paciente) dispensa seu direito de entrar com reclamação ou ação judicial contra o Segurado, em qualquer instância, em juízo ou fora dele, em caso de devolução dos honorários pagos por ele.

- m) O desembolso de honorários retidos, ou seja, garante os valores não recebidos pelo segurado, a título de remuneração: honorários, comissão, ou forma similar de pagamento decorrentes de sua prestação de serviços, quando:
 - O Segurado venha a sofrer eventual retenção de pagamento(s), cuja recusa de terceiro(s) seja pautada em alegado dano causado pela prestação de serviços, excluindo-se, porém, sua margem de lucro e respectivas taxas e impostos; ou
 - O Segurado conceder ao terceiro isenção de pagamento, condicionada à sua desistência de ingressar reclamação em esfera administrativa ou judicial em face do Segurado, e cujos efeitos sejam cobertos por esta Apólice/Certificado individual. Em caso de indenização, terá seus valores deduzidos até o respectivo Limite Máximo De Indenização contratado, nunca podendo ultrapassar o Limite Máximo De Garantia da Apólice/Certificado individual.
 - n) Se, em decorrência de um processo de Sinistro em regulação, o Segurado necessitar comparecer a audiências de julgamento, oitivas e outros procedimentos de âmbito judicial cível, estarão garantidas as Despesas Suplementares, ou seja, as despesas incorridas e eventuais perdas financeiras do Segurado para atendimento deste(s) evento(s). Esta garantia terá seus valores deduzidos até o respectivo Limite Máximo De Indenização contratado, informado na Apólice/Certificado individual.
- 3.2.5.1. Em caso de indenizações de custos de defesas, por danos causados à terceiros, decorrido de atos ilícitos dolosos por parte do segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro, seus empregados ou pessoas a estes assemelhados, fica determinado o direito de resarcimento da sociedade seguradora por valores adiantados ao segurado, estipulante ou ao tomador. Caso se verifique hipótese que justifique o dever de resarcimento para a Seguradora, esta notificará o Tomador, o Segurado ou Estipulante para que o façam no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da notificação, sem prejuízo de serem adotadas para a cobrança as demais medidas permitidas por Lei. Devendo os valores serem resarcidos com a devida correção monetária.**
- 3.2.6. Data da Falha Profissional:** Se a data em que foi cometida a referida Falha Profissional não puder ser determinada com exatidão, fica convencionado que esta falha foi cometida quando 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.
- 3.2.6.1. 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.**
- 3.2.6.2. 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.**

3.3. EXCLUSÕES GERAIS

- 3.3.1. Não estão cobertos, por quaisquer das coberturas deste Seguro todos os riscos, prejuízos ou gastos que se verificarem, direta ou indiretamente, em decorrência 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 2.4. PRAZO ADICIONAL (COMPLEMENTAR) PARA RECLAMAÇÕES e na Cláusula 2.5. EXTENSÃO DO PRAZO ADICIONAL (SUPLEMENTAR) PARA RECLAMAÇÕES;
 - c) Riscos de responsabilização civil dos segurados em decorrência de danos causados a terceiros, quando fora do exercício de seus cargos no tomador, em suas subsidiárias ou em suas coligadas, exceto quando for praticado o Ato do Bom Samaritano;
 - d) 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;
- e) 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;
 - f) 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 transitada em julgado quando não compreendidos na especialidade segurada ou no Ato do Bom Samaritano;
 - g) Reclamações efetuadas pelo cônjuge, ascendentes, descendentes ou pessoas economicamente dependentes do Segurado;
 - h) Qualquer reclamação decorrente de quebra ou violação da obrigação de confidencialidade profissional, quando praticada de forma voluntária, incluindo o compartilhamento indevido de informações médicas, odontológicas ou psicológicas de pacientes, salvo se comprovada a ausência de culpa do Segurado.
 - i) Reclamações relativas a acidentes ou enfermidades profissionais ocorridas durante a relação trabalhista e como resultado de seu emprego ou contratação pelo segurado, salvo se revestido na condição de paciente;
 - j) Falhas Profissionais resultantes de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro, se o segurado for pessoa física;
 - k) Atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores, dirigentes, administradores legais, beneficiários, subcontratados e respectivos representantes legais, se o segurado for pessoa jurídica;
 - l) Reclamações decorrentes de fraudes, atos ilícitos dolosos ou de culpa grave equiparada ao dolo praticados pelo Segurado, pelo Estipulante, pelo Beneficiário, ainda que inicialmente classificados como falha profissional. No caso de Segurado pessoa jurídica, compreendem-se igualmente os atos praticados por seus sócios controladores, dirigentes, administradores legais, subcontratados, beneficiários e respectivos representantes legais. Caso se comprove, a qualquer tempo, a existência de dolo, a Seguradora poderá exigir a devolução dos valores pagos a título de indenização ou despesas processuais;
 - m) Recusa do segurado em atender pacientes ou acidentados em estado de urgência e emergências, bem como eventual atendimento em caráter de primeiros socorros, podendo ser dentro ou fora de suas especialidades;
 - n) Assédio ou crime sexual, bem como qualquer tipo de discriminação, racismo, homofobia ou assédio;
 - o) 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;
 - p) Transplante ou doação de órgãos ou transfusão sanguínea sem o termo de consentimento expresso do paciente ou familiar responsável ou outro responsável legal, com as respectivas assinaturas;
 - q) Medicamentos com data de validade expirada ou acondicionamento incorreto;
 - r) Tratamento Experimental, exceto os consentidos previamente pelo paciente;
 - s) Atos Médicos praticados pelo Segurado quando sua licença para exercer a profissão estiver suspensa, cassada, 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;

- t) 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 ÉXITO;
- u) 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 transitada em julgado;
- v) 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 transitada em julgado;
- w) Por danos devidos à contaminação decorrente de transfusão de sangue, apenas 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;
- x) Condenações judiciais aplicadas ao segurado, de caráter punitivo ou exemplar, pelos danos causados a terceiros, bem como multas e/ou penalidades de qualquer natureza impostas ao Segurado;
- y) Danos resultantes de alterações genéticas ocasionadas pelo uso de radiações de qualquer natureza;
- z) Danos genéticos hereditários ou adquiridos por mudanças ambientais;
- aa) 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 deste, ou a ele confiados para guarda ou custódia, transporte, uso, manipulação ou execução de quaisquer trabalhos utilizando os referidos bens.
- ab) Danos causados por obras de instalação ou montagem de quaisquer equipamentos, inclusive os equipamentos e aparelhos da área da saúde;
- ac) 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, exceto em casos em que ele seja proprietário ou sócio desses locais;
- ad) 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;
- ae) Danos resultantes de uma real ou alegada ameaça de descarga, dispersão, liberação ou escapamento de poluentes;
- af) 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;
- ag) Responsabilidades assumidas pelo segurado sem anuênciam prévia e por escrito da seguradora;
- ah) Responsabilidades por danos causados direta ou indiretamente por atos da responsabilidade de terceiros, assumidas espontaneamente pelo segurado;
- ai) Qualquer tratamento cujo objetivo seja o impedimento da gravidez ou a procriação, salvo nos casos em que o método estiver legal e científicamente aceito;
- aj) 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;

- ak) 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;
- al) Assinaturas em folhas em branco de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos;
- am) 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;
- an) 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/Certificado individual;
- ao) Responsabilidade civil de hospitais, clínicas médicas e odontológicas, consultórios, laboratórios (exceto os descritos no item 3.1.4, da Cláusula 3.2 CONDIÇÕES PARA VALIDADE DO SEGURO), planos de saúde, convênios, prestadores de serviços, cooperativas de trabalho ou instituições similares, relacionadas a ações judiciais a estas destinadas;
- ap) Perdas financeiras, inclusive lucros cessantes, e paralisação das atividades do profissional Segurado;
- aq) Danos relacionados com a remoção de pacientes em ambulâncias e/ou aeronaves, exceto procedimentos médicos reconhecidos pelos órgãos de classe, realizados por profissionais na especialidade contratada ou pelo Ato do Bom Samaritano;
- ar) 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;
- as) 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;
- at) Qualquer tipo de ação judicial ajuizada por terceiros relacionada exclusivamente à cobrança de honorários médicos, incluindo, mas não se limitando a, inscrição do nome do paciente em serviços de proteção ao crédito, protestos, cheques caução, reclamações em órgãos como PROCON ou SERASA, bem como reclamações de natureza consumerista que não decorram da prestação direta do serviço profissional, tais como: preços elevados, cobranças em duplicidade, ausência de recibos, exigência de garantias de pagamento ou outros meios de cobrança;
- au) Não estarão amparados por qualquer cobertura desta Apólice/Certificado individual as ações judiciais propostas pelo segurado em face de terceiros;
- av) Custas para defesa em ações ou processos criminais ajuizados por terceiros em razão da atividade executada pelo Segurado, salvo se eles forem atribuídos ao terceiro prejudicado em razão de algum risco coberto por esta Apólice/Certificado individual e desde que se trate de crime culposo;
- aw) Infrações de direitos de propriedade intelectual, ou seja, reclamações baseadas em violação de direitos autorais, uso indevido de marcas, patentes, slogans, segredos comerciais ou industriais, ou qualquer outro direito de propriedade intelectual;
- ax) Atividades não informadas ou fora do escopo contratado, ou seja, reclamações decorrentes de serviços profissionais diferentes daqueles descritos na apólice ou que ultrapassem o escopo informado no momento da contratação do seguro;
- ay) Serviços financeiros regulamentados, ou seja, reclamações relacionadas à prestação de serviços financeiros sujeitos à regulação do Banco Central do Brasil, como operações bancárias, de crédito ou investimentos.

3.4. PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO E FRANQUIA

- 3.4.1. Em caso de Sinistro, a participação obrigatória do Segurado de parte dos prejuízos, quando aplicável, será indicada nos documentos contratuais, inclusive na Apólice, no Certificado individual ou na Proposta do Seguro.
- 3.4.2. Todos os danos decorrentes de um mesmo evento serão considerados como um único Sinistro, qualquer que seja o número de reclamantes ou reclamações.

3.5. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

- 3.5.1. O Segurado que, durante a vigência da Apólice/Certificado individual, pretender obter novo seguro sobre os mesmos bens e contra os mesmos riscos deverá comunicar previamente sua intenção, por escrito, a todas as Seguradoras envolvidas, sob pena de perda do direito à Indenização.
- 3.5.2. O prejuízo total relativo a qualquer sinistro amparado por este seguro 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
- 3.5.3. A indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em hipótese alguma, o valor do prejuízo vinculado à cobertura considerada.
- 3.5.4. Na ocorrência de Sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em Apólices/Certificados individuais distintos, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:
- 3.5.4.1. A indenização individual de cada cobertura será calculada como se o respectivo Apólice/Certificado individual 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.
- 3.5.4.2. A indenização individual ajustada de cada cobertura será calculada da seguinte forma:
Se, para uma determinada Apólice/Certificado individual for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo Limite Máximo de Garantia – LMG, a indenização individual de cada cobertura será recalculada, determinando-se assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outras Apólices/Certificados individuais serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e limites máximos de indenização. O valor restante do Limite Máximo de Garantia – LMG da Apólice/Certificado individual será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os Limites Máximos de Indenização – LMI destas coberturas;
Caso contrário, a “indenização individual ajustada” será a indenização individual, calculada de acordo com o inciso I deste item.
- 3.5.4.3. Será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes Apólices/Certificados individuais, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o item 3.4.5.2.
- 3.5.4.4. Se a quantia a que se refere a cláusula 3.4.5.3 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.
- 3.5.4.5. Se a quantia estabelecida na cláusula 3.4.5.3 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 inciso.
- 3.5.6. O valor total da indenização não poderá ultrapassar, em hipótese nenhuma, o valor real dos prejuízos verificados, até o Limite Máximo De Indenização.

3.6. TRANSFERÊNCIA DE APÓLICES

- 3.6.1. Em caso de transferência plena dos riscos compreendidos de outra seguradora, para a apólice precedente, fica estabelecido que:
- A seguradora poderá, por decisão própria, desde que não tenha havido solução de continuidade do seguro, admitir o período de retroatividade da cobertura da apólice precedente, mediante cobrança de prêmio adicional;
 - Uma vez fixada a data limite de retroatividade igual ou anterior à da apólice vencida, esta seguradora não concederá os prazos adicionais (Complementar e Suplementar);
 - 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, a seguradora não concederá o(s) prazo(s) adicional(is).

3.7. EMBARGOS E SANÇÕES

- 3.7.1. Para fins desta cláusula, consideram-se “Embargos e Sanções” quaisquer medidas, restrições ou proibições, de natureza legal, administrativa ou regulatória, impostas por legislação nacional ou internacional, organismos multilaterais (como a ONU e o FATF-GAFI), ou por autoridades governamentais de outras jurisdições reconhecidas (como Estados Unidos, Reino Unido ou União Europeia), que limitem ou impeçam operações comerciais, financeiras ou contratuais envolvendo jurisdições, pessoas físicas ou jurídicas, bens ou mercadorias, em razão do combate à lavagem de dinheiro, ao financiamento ao terrorismo ou a outras medidas de restrição internacionalmente reconhecidas.
- 3.7.2. Incluem-se, para os fins desta cláusula, as sanções previstas na legislação brasileira, em listas oficiais de embargos, ou em normas e resoluções aplicáveis à jurisdição da Apólice/Certificado individual, ao Segurado ou ao Beneficiário, ao local do Sinistro ou destino do pagamento. A título exemplificativo:
- 3.7.2.1. Organização das Nações Unidas – ONU: <https://nacoesunidas.org/conheca/>.
 - 3.7.2.2. Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>.
 - 3.7.2.3. Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>.
 - 3.7.2.4. Gafi – Grupo de Ação Financeira contra Lavagem de Dinheiro e financiamento de Terrorismo: <https://www.gov.br/susep/pt-br/assuntos/cidadao/pldftp/o-grupo-de-acao-financeira-gafi-fatf>.
- 3.7.3. As coberturas da Apólice/Certificado individual não terão efeito enquanto o Segurado, Beneficiário, objeto segurado ou local do Risco estiverem sujeitos a sanções ou embargos, identificados no momento do Sinistro.
- 3.7.4. O pagamento de indenizações será automaticamente suspenso desde a data de inclusão do Segurado, Beneficiário ou objeto do seguro em listas de sanções e embargos, sendo restabelecido apenas a partir das 24 (vinte e quatro) horas subsequentes à sua exclusão da referida lista.
- 3.7.5. Eventuais sanções de indisponibilidade de bens, conforme Lei nº 13.810/2019 e alterações posteriores, também autorizam a suspensão de qualquer pagamento.
- 3.7.6. O Segurado perderá o direito a indenizações ou reembolsos se, no momento do Sinistro, praticar ato doloso relacionado ao evento e vinculado a sanções ou embargos.
- 3.7.7. Constitui agravamento de risco o silêncio doloso quanto à existência de restrições decorrentes de sanções e embargos, sujeitando o Segurado às disposições da Cláusula 4.4. – HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS previstas nestas Condições Gerais.
- 3.7.8. A suspensão de direitos, coberturas e obrigações da Seguradora perdurará enquanto vigentes as restrições ou sanções aplicáveis, sendo a cobertura automaticamente restabelecida a partir das 24 (vinte e quatro) horas subsequentes à exclusão da restrição, ou mediante decisão judicial cabível.
- 3.7.9. As listas de sanções e embargos mencionadas nesta cláusula podem ser atualizadas a qualquer tempo pelas autoridades competentes, sendo automaticamente aplicáveis, para os fins destas Condições Contratuais, suas versões mais recentes.

CLÁUSULA 4 – DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES

4.1. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

- 4.1.1. Sob pena de perder o direito a qualquer indenização, na forma da Cláusula 4.4. – HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS e das demais disposições destas Condições Contratuais, o Segurado, por si ou por seu representante legal, obriga-se a:
- **Declarações**
 - 4.1.1.1. 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.
 - **Apresentação de Reclamações:**
 - 4.1.1.2. adotar cotidianamente todas as medidas necessárias destinadas à manutenção, conservação e mitigação de riscos relacionados ao(s) objeto(s) segurado(s), comunicando à Seguradora, por escrito, qualquer alteração que impeça ou dificulte a adoção de tais medidas. Correrão por conta exclusiva do Segurado as despesas relativas ao cumprimento dessas medidas

4.1.1.3. o Segurado, Estipulante ou o Tomador 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;

4.1.1.4. qualquer medida civil, administrativa, disciplinar 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, administrativa ou criminal;

4.1.1.5. em caso de Reclamação, tomar as providências necessárias, úteis e ao seu alcance para evitar e/ou minorar os danos causados, bem como para preservar os bens segurados não atingidos ou remanescentes da Reclamação, não podendo abandoná-los total ou parcialmente, conforme disposto na Cláusula 6.1 – COMUNICAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DO SINISTRO e na Cláusula 6.5 - SALVADOS;

4.1.1.5.1. Não estão cobertas as quantias devidas e/ou despendidas pelo Segurado para reparar, evitar e/ou minorar danos de qualquer espécie, decorrentes de riscos excluídos / não cobertos, conforme disposto na cláusula 3.2. EXCLUSÕES GERAIS.

4.1.1.6. comunicar à Seguradora, de imediato, todo e qualquer fato suscetível de agravar o Risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se for provado que silenciou de má-fé;

- **Notificações**

4.1.1.7. o Segurado, Estipulante ou o Tomador 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 6.1.5 da Cláusula 6.1. NOTIFICAÇÕES;

- **Obrigações de colaboração com a Seguradora**

4.1.1.8. tomar todas as providências consideradas inadiáveis e ao seu alcance, para tentar evitar e/ou minorar os danos causados a terceiros;

4.1.1.9. prestar à Seguradora todas as informações necessárias à Aceitação do Risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio e pagar em dia os Prêmios do seguro fixados nos documentos de cobrança;

4.1.1.10. comparecer às audiências designadas e apresentar sua defesa escrita, respeitando os prazos legais, caso seja acionado judicialmente;

4.1.1.11. 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/Certificado individual;

4.1.1.12. 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;

4.1.1.13. colaborar com a seguradora na investigação, acordos extrajudiciais ou defesa de qualquer Reclamação ou litígio;

4.1.1.14. 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;

4.1.1.15. abster-se de qualquer atividade que impeça o exercício do direito de regresso de qualquer importância paga a um reclamante;

4.1.1.16. transferir seus direitos de regresso à seguradora;

- **Aviso de modificação do risco**

4.1.1.17. Durante o período de vigência, o segurado, estipulante ou o tomador, se o caso, deverá avisar a Seguradora imediatamente e obrigatoriamente, por escrito, a respeito de qualquer alteração que possa afetar substancialmente o risco coberto pela presente Apólice/Certificado individual, para reanálise do risco e estabelecimento eventual de novas bases da Apólice/Certificado individual, respeitados

os prazos e procedimentos previstos no item 2.1.1. da Cláusula 2.1. Aceitação, Forma de contratação e Vigência, como nas seguintes situações:

- a) Correção ou alteração dos dados da Apólice/Certificado individual, inclusive aqueles relacionados com as características da especialidade coberta;
- b) Alteração da atividade profissional exercida;
- c) Falecimento do segurado.

- **Aviso de Contratação de Seguros em outra Seguradora**

4.1.1.18. dar ciência à Seguradora acerca da contratação, cancelamento ou rescisão de qualquer outro Seguro referente aos mesmos riscos previstos na Apólice/Certificado Individual contratada;

- **Obrigação geral**

4.1.1.19. cumprir as obrigações legais, regulatórias e profissionais relacionadas ao bem ou à atividade segurada, incluindo, mas não se limitando, ao atendimento das normas técnicas, ambientais, sanitárias, de segurança e às exigências relativas à habilitação ou autorização profissional, sob pena de caracterização de agravamento de risco.

4.1.1.20. cumprir as obrigações previstas nos itens anteriores, sem prejuízo dos demais deveres estabelecidos nestas Condições Contratuais, incluindo, entre outros, o pagamento tempestivo do Prêmio (Cláusula 5.1) e a colaboração com a Seguradora durante o processo de regulação do sinistro (Cláusula 6).

4.1.2. 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.

4.1.3. O Segurado, por si ou por seu representante legal, é obrigado, ainda, a:

4.1.3.1. informar prontamente a seguradora das comunicações recebidas que possam gerar reclamação futura;

4.1.3.2. fornecer os documentos e outros elementos a que tiver acesso e que lhe forem solicitados pela seguradora;

4.1.3.3. comparecer aos atos processuais para os quais for intimado;

4.1.3.4. abster-se de agir em detrimento dos direitos e das pretensões da seguradora.

4.1.3.5. manter atualizados seus dados cadastrais, bancários e de contato perante a Seguradora, comunicando prontamente qualquer alteração que possa impactar a comunicação, a regulação de sinistros ou o pagamento de indenizações. A Seguradora não se responsabilizará por pagamentos efetuados com base em informações incorretas ou desatualizadas fornecidas pelo Segurado ou por seu representante, nem estará obrigada a repetir o pagamento.

4.1.3.6. manter organizados e atualizados os registros de manutenção, operação, inspeção e vistoria dos bens segurados, quando exigidos ou aplicáveis, a fim de comprovar o cumprimento das condições técnicas de funcionamento, segurança e conservação dos bens, assim como permitir, sempre que solicitado, a inspeção do risco pela Seguradora ou por peritos por ela designados.

4.1.3.7. guardar, pelo prazo prescricional aplicável, os documentos necessários à apuração do sinistro ou à comprovação do interesse segurado, incluindo, mas não se limitando a, notas fiscais, laudos técnicos e relatórios de manutenção.

4.1.3.8. adotar todas as providências necessárias e ao seu alcance para preservar os direitos da Seguradora contra terceiros responsáveis por danos indenizáveis, inclusive mediante a apresentação de documentos, informações e a prática de medidas judiciais ou extrajudiciais cabíveis, quando solicitado.

4.1.3.9. comunicar à Seguradora, por escrito, de forma completa e tempestiva, todos os terceiros que possam ter sofrido prejuízos em decorrência do evento coberto, informando seus dados de identificação e, sempre que possível, o respectivo meio de contato. Para todos os fins, considerar-se-á que a informação prestada pelo Segurado é integral, não sendo a Seguradora responsável por identificar outros terceiros eventualmente lesados cuja existência não lhe tenha sido formalmente informada na comunicação inicial do Sinistro.

4.1.3.9.1. caso os terceiros prejudicados sejam indeterminados ou o Segurado não tenha ciência de sua identidade no momento da comunicação inicial do Sinistro, tal circunstância deverá ser informada à Seguradora, cabendo ao Segurado adotar, antes do prazo final para

a conclusão da Regulação do Sinistro, as medidas necessárias para identificar e fornecer as referidas informações. O descumprimento dessa obrigação poderá implicar a ausência de recebimento de indenização em relação a terceiros não identificados e comunicados no prazo estabelecido.

- 4.1.4. Além das obrigações desta cláusula, o Segurado, em caso de evento coberto, deverá cumprir as instruções determinadas nas Condições de cada cobertura.
 - 4.1.5. Quando a pretensão do prejudicado for exercida exclusivamente contra o Segurado, este deverá cientificar a Seguradora tão logo seja citado para responder à demanda, colocando à disposição todos os elementos necessários para o conhecimento do processo. O Segurado poderá chamar a seguradora a integrar o processo, na condição de litisconsorte, sem responsabilidade solidária. O Terceiro prejudicado poderá exercer seu direito de ação contra a Seguradora, desde que em litisconsórcio passivo com o Segurado.
- 4.2. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE**
- 4.2.1. O Estipulante, quando houver, deverá cumprir todas as obrigações e deveres estabelecidos nestas Condições Contratuais, exceto aqueles que por sua natureza devam ser cumpridas pelo Segurado ou pelo Beneficiário.
 - 4.2.2. O Estipulante declara possuir vínculo jurídico anterior e não exclusivamente securitário com o grupo de pessoas em proveito do qual contrata o seguro. A ausência desse vínculo implicará na consideração do seguro como individual.
 - 4.2.3. O Estipulante representa os Segurados e os Beneficiários durante a formação e a execução da Apólice/Certificado individual, respondendo integralmente por seus atos e omissões perante estes e a Seguradora.
 - 4.2.4. O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) obriga-se a:
 - a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e Aceitação do risco e a Regulação do sinistro, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais completos e atualizados do grupo segurado;
 - b) Assegurar que o documento de adesão ao seguro seja preenchido pessoal e integralmente pelos respectivos Segurados ou Beneficiários, responsabilizando-se pela coleta e guarda dessas informações. A Seguradora presumirá, para todos os efeitos, que os dados constantes do documento de adesão refletem fielmente as declarações pessoais dos aderentes;
 - c) Manter a Seguradora informada sobre quaisquer alterações nos dados cadastrais dos Segurados, mudanças na natureza do risco coberto, assim como comunicar de imediato a ocorrência de qualquer Sinistro ou expectativa de Sinistro referente ao grupo que representa, assim que dele tiver conhecimento;
 - d) Prestar, no momento da adesão, informações prévias, claras e adequadas aos Segurados sobre as condições contratuais do seguro, incluindo as cláusulas que limitem direitos ou estabeleçam obrigações;
 - e) Fornecer aos Segurados, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas à Apólice/Certificado individual de seguro;
 - f) Discriminar o valor do Prêmio do seguro e a razão social ou o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco nos instrumentos de cobrança e demais documentos ou comunicações emitidos para os Segurados, quando estiver sob sua responsabilidade;
 - g) Repassar os prêmios à Seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos;
 - h) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice/Certificado individual coletiva, quando for diretamente responsável pela sua administração;
 - i) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros.
 - j) Informar com destaque aos Segurados ou Beneficiários nas propostas de adesão, nos questionários e nos demais documentos do contrato de Seguro as quantias eventualmente recebidas pelos serviços prestados como estipulante;
 - k) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
 - l) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

- m) Disponibilizar o questionário de risco para preenchimento ao proponente; salvos os casos que houver a formalização da dispensa da seguradora.
- 4.2.5.** O Estipulante deverá, ainda, cumprir as seguintes condutas:
- a) observar padrões éticos elevados nas relações com agentes públicos e privados, comprometendo-se a cumprir todas as normas legais e regulatórias aplicáveis ao seguro e às suas atividades;
 - b) não empregar mão de obra infantil, nem submeter pessoas a condições de trabalho degradantes ou desumanas;
 - c) cumprir a legislação ambiental vigente, incluindo, entre outras, a Lei Federal nº 12.305/2010 (Política Nacional de Resíduos Sólidos) e a Lei nº 9.605/1998 (Lei de Crimes Ambientais); e
 - d) adotar práticas de prevenção à lavagem de dinheiro e à corrupção, incluindo mecanismos de controle e monitoramento, quando aplicável.
- 4.2.6.** Sem prejuízo de outras obrigações previstas em norma vigente, a Seguradora está obrigada a:
- a) comunicar aos segurados os casos de não repasse à sociedade Seguradora de Prêmios recolhidos pelo Estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse;
 - b) informar ao Segurado a situação de adimplência do estipulante ou Subestipulante (se houver) sempre que solicitado;
 - c) prestar ao Estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao adequado acompanhamento do plano de Seguro.
- 4.2.7.** Nos seguros contributários, o não-repasso 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.
- 4.2.8.** O estipulante poderá substituir processualmente o segurado ou o beneficiário para exigir, em favor exclusivo destes, o cumprimento das obrigações derivadas da Apólice/Certificado individual.
- 4.2.9.** É expressamente vedado ao Estipulante ou Subestipulante (se houver):
- a) cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
 - b) modificar, de forma que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos, ou rescindir a Apólice sem anuênciam prévia e expressa de um número de Segurados que represente no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
 - c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuênciam da Seguradora e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
 - d) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a tais produtos.

4.3. HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS

- 4.3.1.** Além dos casos previstos em lei e nas demais cláusulas das condições deste seguro, o Segurado ou Beneficiário perderá o direito a qualquer Indenização, bem como terá o seguro cancelado, obrigando-se ao pagamento do Prêmio vencido e das despesas incorridas pela Seguradora, se:
- a) agravar intencionalmente e de forma relevante o Risco objeto da Apólice/Certificado individual de seguro, ou mesmo se esse agravio for devido ao estado de insanidade mental, a embriaguez e/ou o uso de substâncias tóxicas pelo segurado, beneficiário ou pessoas que dependam financeiramente deles;
 - b) deixar de cumprir qualquer obrigação convencionada na Apólice/Certificado individual e nestas Condições Contratuais;
 - c) o Sinistro decorrer de atos ilícitos dolosos ou de culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro. Nos casos de seguros contratados por pessoas jurídicas, esta previsão aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes;
 - d) tiver sua habilitação para o exercício da atividade profissional 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;
 - e) estiver praticando qualquer especialidade para qual não tenha recebido o devido treinamento especializado, comprovado por certificado do órgão competente / conselho de classe, exceto se estiver praticando o ato do bom samaritano;

- f) contratar novo seguro sobre os mesmos interesses e contra os mesmos riscos, sem comunicar previamente sua intenção à seguradora;
 - g) o Segurado, seu representante legal, Estipulante ou Corretor de Seguros fizer declarações inexatas, ou omitir circunstâncias que possam influir na Aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio.
 - g.1) Se a inexatidão ou omissão nas declarações resultar de descumprimento culposo do Segurado, a Seguradora, a seu exclusivo critério, poderá:
 - (i) Cancelar o seguro, se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou Risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, ficando o Segurado obrigado ao pagamento das despesas efetuadas pela Seguradora;
 - (ii) Permitir a continuidade do seguro, mediante redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o Prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas; ou
 - (iii) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível, desde que mediante acordo expresso e por escrito entre as partes, hipótese esta aplicável exclusivamente se a correção das informações ocorrer antes da ocorrência do sinistro.
 - g.2) Se a inexatidão ou omissão nas declarações resultar de descumprimento doloso do Segurado, importará em perda da garantia do seguro, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora.
 - h) deixar dolosamente de comunicar à Seguradora, logo que saiba, de todo e qualquer incidente suscetível de agravar de forma relevante o Risco coberto.
 - h.1) Se se tratar de omissão culposa, a Seguradora, a seu exclusivo critério, poderá:
 - (i) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível; ou
 - (ii) cancelar a Apólice/Certificado individual se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a tipo de Risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, hipótese em que o seguro perderá efeito em 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação de resolução; ou
 - (iii) nos casos de seguros sobre a vida e a integridade física, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível.
 - i) o Segurado não comunicar a seguradora sobre alterações do risco coberto, conforme item Cláusula 4.1. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO destas Condições Gerais;
 - j) o Segurado não ser habilitado para a contratação do Seguro ou não possua as comprovações necessárias exigidas na Cláusula 6.3. COMUNICAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DO SINISTRO;
 - k) o Segurado praticar, por qualquer meio, ato de simulação, fraude ou má-fé;
 - l) o Segurado, por qualquer meio, procurar obter benefícios ilícitos do seguro a que se refere a Apólice/Certificado Individual;
 - m) o Segurado ou Beneficiário se recusar a apresentar todas as informações de que disponha sobre o Sinistro, suas causas e consequências, para o correto esclarecimento do fato ocorrido;
 - n) o Segurado ou Beneficiário não tomar todas as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar os efeitos resultantes de um Sinistro;
 - o) o Segurado/Beneficiário deixar de comunicar à Seguradora a ocorrência de Sinistro ou expectativa de Sinistro, logo que o saiba, ainda que esteja no Prazo Adicional (Complementar ou, se for o caso, Suplementar);
 - p) o Segurado/Beneficiário deixar de seguir eventuais instruções da Seguradora para a contenção e salvamento; nessa e nas hipóteses previstas nas letras "m" e "n" deste item, o descumprimento culposo implicará a perda do direito à Indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.
- 4.3.2.** Será necessária a comprovação da(s) especialidade(s) contratada(s) através do título de especialista da atividade, emitido pela Sociedade Brasileira que representa a especialidade ou do registro do conselho federal ou regional, onde desenvolve suas atividades, ou estar cursando residência na especialidade contratada, comprovada, mediante apresentação de documentos solicitados pela

Seguradora, em caso de eventual Sinistro, sob pena de ser negada a Indenização, conforme Cláusula 6.3. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO das Condições Gerais.

- 4.3.3. Esta cláusula deve ser interpretada em conjunto com as demais disposições destas Condições Contratuais, especialmente aquelas relativas a Embargos e Sanções (Item 3.7), Obrigações do Segurado (Item 4.1), Obrigações do Estipulante (Item 4.2), Sub-rogação de Direitos do Segurado à Seguradora (Item 4.4), Pagamento do Prêmio (Item 5.1) e Sinistro e Regulação (Item 6).
 - 4.3.4. Se houver relevante redução do risco, durante o período de vigência, o Segurado poderá exigir a redução proporcional do valor do prêmio, ressalvado, na mesma proporção, o direito da seguradora ao resarcimento das despesas realizadas com a contratação.
- 4.4. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS DO SEGURADO À SEGURADORA**
- 4.4.1. Efetuado o pagamento da Indenização, a Seguradora ficará sub-rogada, até o valor pago, inclusive os gastos incorridos com medidas de salvamento e contenção, em todos os direitos e ações do Segurado contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tiverem causado os prejuízos indenizados pela Seguradora 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.
 - 4.4.2. O segurado obriga-se a colaborar com a Seguradora no exercício dos direitos derivados da sub-rogação, fornecendo documentos, informações, acesso aos processos e adotando as medidas necessárias à preservação e efetivação desses direitos, respondendo pelos prejuízos que causar à Seguradora.
 - 4.4.2.1. Na existência de ação judicial ou arbitral em curso proposta pelo Segurado em face de Terceiro causador ou possível causador dos Danos, o Segurado deverá apresentar manifestação no processo, requerendo o deferimento da sucessão processual, com a substituição do Segurado pela Seguradora no polo ativo da demanda, em virtude da Sub-rogação.
 - 4.4.3. O segurado não poderá praticar qualquer ato que prejudique o direito de Sub-rogação da Seguradora contra terceiros potencialmente responsáveis pelos Sinistros cobertos pela Apólice/Certificado individual, nem fazer acordos ou transações suscetíveis de contestação de tal direito, sob pena de responder pelos prejuízos que causar à Seguradora.
 - 4.4.4. Ressalvadas as hipóteses de dolo ou de culpa grave, a Sub-rogação não se aplica se o dano tiver sido causado pelo cônjuge do Segurado ou Beneficiário, seus descendentes ou ascendentes até o segundo grau, consanguíneos ou afins, bem como empregados ou pessoas sob a responsabilidade do Segurado.
 - 4.4.4.1. Quando o causador do dano for uma das pessoas indicadas no item 4.4.4 e estiver garantido por seguro de responsabilidade civil, a Sub-rogação poderá ser exercida em face da Seguradora da referida Apólice/Certificado individual.
 - 4.4.5. Será considerada ineficaz qualquer conduta do Segurado que diminua, restrinja ou extinga, em prejuízo da Seguradora, os direitos a que se refere esta cláusula, contra terceiros, responsáveis pelos sinistros cobertos pela Apólice/Certificado individual, sujeitando-o, em caso de pagamento de Indenização pela Seguradora, à obrigação de ressarcir integralmente os prejuízos causados, com atualização monetária pelo índice IPCA/IBGE.
 - 4.4.6. 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.
 - 4.4.7. A sub-rogação da Seguradora não poderá implicar prejuízo ao direito remanescente do Segurado ou do Beneficiário contra Terceiros.

CLÁUSULA 5 – PAGAMENTO DO SEGURO

5.1. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 5.1.1. O Prêmio poderá ser pago à vista ou parcelado, por meio de rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei e disponibilizadas pela Seguradora, conforme acordado entre as partes no momento da contratação e disposto na Apólice/Certificado individual de seguro.

5.1.1.1. A Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

5.1.1.1.1. Se o Segurado, seu representante, ou o Corretor que eventualmente intermediar a operação, não receberem o documento de cobrança, seja do Prêmio à vista, ou de qualquer uma de suas parcelas, quando fracionado, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento, deverão ser solicitadas à Seguradora, de forma registrada, instruções para efetuar o pagamento antes da data limite.

5.1.1.2. A data limite para o pagamento do Prêmio à vista, ou de sua primeira parcela, será de, no máximo, 30 (trinta) dias, contados da Aceitação da Proposta e/ou de eventuais Endossos.

5.1.1.3. Em caso de fracionamento do Prêmio, a data de vencimento da última parcela não ultrapassará o término de Vigência da Apólice.

5.1.1.4. Quando a data limite para o pagamento do Prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte.

5.1.1.5. Na hipótese de pagamento do Prêmio por meio de débito em conta corrente, a quitação está vinculada à confirmação do débito do valor pela rede bancária, sendo do Segurado ou do responsável pelo pagamento a responsabilidade de autorização do débito junto ao banco escolhido. Se não houver saldo suficiente ou se o débito não for efetuado pelo banco, a parcela será considerada inadimplente.

5.1.1.6. No Prêmio fracionado, não haverá cobrança de qualquer valor adicional a título de custo administrativo, ressalvada, entretanto, a possibilidade de cobrança de encargos financeiros.

5.1.1.6.1. Nos prêmios fracionados com incidência de juros, é facultado ao segurado antecipar o pagamento do prêmio fracionado, total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros pactuados.

5.1.1.7. Caso ocorra um Sinistro enquanto estiver em curso o prazo de pagamento do Prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que ele tenha sido efetuado, o direito à Indenização não ficará prejudicado.

5.1.1.7.1. Quando o pagamento da Indenização acarretar o cancelamento da Apólice, as parcelas vincendas do Prêmio deverão ser deduzidas do valor da Indenização, excluídos os juros do fracionamento.

5.1.2. O inadimplemento relativo à prestação única ou à primeira parcela do Prêmio, até a data de seu vencimento, caracteriza, em qualquer hipótese, o não aperfeiçoamento da contratação do seguro, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial.

5.1.3. Fica vedado o cancelamento da Apólice/Certificado individual de seguro cujo Prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixe de pagar o financiamento.

5.1.4. No caso de fracionamento do Prêmio, se configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira:

5.1.4.1. haverá cobrança de multa equivalente a 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez, e juros legais;

5.1.4.2. o prazo de Vigência será ajustado em função do Prêmio efetivamente pago, observado o período estabelecido na Tabela de Prazo Curto abaixo, sendo que, para os percentuais não previstos na referida Tabela, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores:

% 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

5.1.4.3. a Seguradora enviará notificação ao Segurado, seu representante legal ou Estipulante:

- a) comunicando o atraso no pagamento do Prêmio e o prazo de Vigência ajustado;
- b) concedendo prazo de 15 (quinze) dias corridos para purgação da mora, sob pena de suspensão da garantia contratual; e
- c) advertindo sobre a possibilidade de cancelamento da Apólice/Certificado individual, caso o inadimplemento persista por mais de 30 (trinta) dias após a suspensão.

5.1.5. Restabelecido o pagamento do Prêmio, acrescido dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de Vigência, ficará automaticamente restaurado o prazo de Vigência original da Apólice/Certificado individual.

5.1.6. Findo o prazo de 30 (trinta dias) corridos informados na notificação, a Apólice/Certificado individual será cancelada, nos termos da Cláusula 2.6 – RESCISÃO E CANCELAMENTO, independentemente de nova comunicação ou interpelação judicial ou extrajudicial, e a Seguradora não efetuará pagamento algum relativo a Sinistros ocorridos a partir do término do prazo de Vigência ajustado.

5.2. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

5.2.1. O índice utilizado para atualização monetária, em moeda nacional, será o IPCA/IBGE, ou, no caso de sua extinção, o IGPM/FGV, sendo calculado com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento ou restituição e aquele publicado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação.

5.2.2. O índice de juros aplicado será de 1% (um por cento) ao mês acrescido de atualização monetária pelo índice IPCA/IBGE.

5.2.3. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios, quando aplicável, far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores da Apólice/Certificado individual.

5.2.4. Para fins dessa cláusula, a data de exigibilidade será apurada conforme abaixo especificado:

- a) Na hipótese de cancelamento da Apólice/Certificado individual, a obrigação de devolver o Prêmio se materializará no dia do recebimento da solicitação de cancelamento da Apólice/Certificado individual ou na data de seu efetivo cancelamento, quando este fato ocorrer por iniciativa da Seguradora. Não sendo cumprido este prazo, os valores devidos serão atualizados monetariamente pela variação positiva do índice estabelecido nesta cláusula.
- b) No caso de recusa da Proposta, a devolução do Prêmio - integral ou deduzido da parcela “*pro rata temporis*” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura provisória - será atualizada monetariamente a contar da data de recebimento do respectivo Prêmio, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias corridos previsto na Cláusula 2.1 – ACEITAÇÃO/CONTRATAÇÃO. A aplicação de

atualização monetária prevista nesta cláusula incidirá a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para devolução do Prêmio até a data da efetiva restituição pela Seguradora.

- c) No caso de recebimento indevido de Prêmio pela Seguradora, o valor será atualizado monetariamente a contar da data de recebimento.
 - d) No caso de atraso no pagamento do Prêmio, o valor será atualizado monetariamente a partir da data de vencimento da parcela até a data do seu efetivo pagamento, sendo devidos, ainda, os encargos previstos na cláusula 5.1 – PAGAMENTO DE PRÊMIO.
- 5.2.5.** Na hipótese de descumprimento do prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização securitária, contado da data em que o último documento pendente tiver sido entregue de forma adequada à Seguradora, haverá incidência de multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, além de correção monetária e juros legais calculados “pro rata temporis die” a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da Indenização. Nenhuma atualização da Indenização securitária será devida no caso de cumprimento do prazo previsto para o pagamento da respectiva obrigação.

CLÁUSULA 6 – SINISTRO E REGULAÇÃO

6.1. NOTIFICAÇÃO DE EXPECTATIVA DE RECLAMAÇÃO

- 6.1.1.** Trata-se de notificação do Segurado, Estipulante ou do Tomador à Seguradora de uma expectativa de Reclamação ainda não apresentada pelo paciente/terceiro. A presente cláusula de Notificações somente produzirá efeitos se o Segurado tiver apresentado, durante a vigência da Apólice/Certificado individual, a Notificação relacionada ao fato, ou à circunstância que gerou a reclamação efetuada pelo Terceiro.
- 6.1.2.** Quando, durante o período de vigência, a seguradora receber do segurado ou do estipulante ou do tomador 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/Certificado individual vigente, quando do recebimento da Notificação, eventual indenização que vier a ser devida.
- 6.1.3.** 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 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, consequentemente:**
 - a) Serão consideradas como “única e mesma notificação”;
 - b) Considera-se apresentada a notificação quando a primeira notificação for recepcionada na seguradora.
- 6.1.4.** As Apólices/Certificados individuais 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/Certificado individual, desde que tenham sido notificados pelo segurado, durante o período de vigência da Apólice/Certificado individual.
- 6.1.5.** A cláusula de notificações, somente produzirá efeitos se o segurado, estipulante ou o tomador tiver apresentado, durante o período de vigência da Apólice/Certificado individual, a notificação relacionada ao fato, ato ou à circunstância que gerou a Reclamação efetuada pelo terceiro prejudicado.
- 6.1.6.** **As notificações deverão ser apresentadas tão logo o segurado tome conhecimento de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias relevantes, potencialmente danoso, que possam acarretar uma Reclamação futura por parte de terceiros, nelas indicando, da forma mais completa possível, dados e particularidades, tais como, mas não se limitando a:**
 - a) Lugar, data, horário e descrição sumária do ocorrido: procedimento, processo, complicações ocorridas, possíveis consequências;
 - b) Se possível, nome, domicílio, estado civil, profissão ou ocupação do terceiro prejudicado ou falecido, se for o caso, bem como nome e domicílio de eventual testemunha;
 - c) Natureza dos danos e/ou das lesões corporais, e suas possíveis consequências;

- d) Procedimentos adotados para minorar os efeitos do evento gerador da notificação;
- e) 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
- f) Documentos que possam influir na análise da ocorrência.

6.2. DATA DA APRESENTAÇÃO DA RECLAMAÇÃO

6.2.1. Considera-se apresentada a Reclamação, quando o Segurado receber qualquer pedido por escrito, apresentado por um Terceiro/Paciente, e que contenha, no mínimo, as seguintes informações:

- a) Uma Reclamação de indenização por qualquer erro ou omissão cometido no exercício da profissão de médico, dentista ou outro profissional da área da saúde, ocorrido durante o período de vigência, pelo qual o segurado venha a ser responsabilizado por sentença judicial transitada em julgado e que seja amparado pelo presente seguro;
- b) A pretensão de responsabilizar o segurado por qualquer erro ou omissão cometido no exercício da profissão de médico, dentista ou outro profissional da área da saúde, ocorrido durante o período de vigência e que seja amparado pelo presente seguro;
- c) Uma Reclamação de indenização apresentada por Terceiro/Paciente, referente a danos decorrentes da cobertura prevista na alínea “b” do item 3.2.5 da cláusula 3.2. – COBERTURAS CONTRATADAS, ocorrido durante o período de vigência; e
- d) Uma Reclamação de indenização por qualquer acidente relacionado à existência, uso e conservação de imóveis (clínicas ou consultórios) sob controle do Segurado (desde que ele seja proprietário ou sócio) e onde o Segurado desenvolve sua atividade profissional, acidente este, ocorrido durante o período de vigência e que esteja amparado pelo presente seguro.

6.2.1.1. 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 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 quando a primeira “Reclamação entre várias” tiver sido apresentada.

6.2.2. O Segurado, estipulante ou o Tomador deverão enviar a Reclamação à Seguradora, tão logo receba a mesma, para que possa pleitear a cobertura no seguro.

6.3. COMUNICAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DO SINISTRO

6.3.1. Ocorrendo um Sinistro, o Segurado, o Beneficiário, ou representante legal de um ou de outro, deverá comunicar imediatamente a Seguradora, fornecendo, nessa oportunidade, todas as informações disponíveis sobre sua causa e consequências. A comunicação deverá observar o disposto na Cláusula 4.1 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO, bem como ser acompanhada dos documentos básicos previstos nesta cláusula e da documentação adicional prevista nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

6.3.2. O Segurado, o Beneficiário ou o respectivo representante legal de um ou de outro deverá, ainda, cumprir integralmente os deveres previstos na Cláusula 4.1 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO, nos termos ali estabelecidos. Dentre tais deveres no âmbito da regulação do sinistro, incluem-se:

- a) adotar providências necessárias e úteis para evitar ou reduzir os danos e preservar os bens não atingidos ou remanescentes do Sinistro;
- b) manter inalterado o local do Sinistro e os elementos a ele relacionados;
- c) comunicar, logo que o saiba, o Sinistro ou expectativa de sinistro, e apresentar tempestivamente documentos que comprovem sua causa, natureza e extensão, incluindo relação de bens, salvados, estimativa de prejuízos e terceiros envolvidos, se houver; e
- d) dar assistência à Seguradora e cooperar com a Regulação do Sinistro, fornecendo todas as informações e documentos solicitados, bem como autorizando a realização de vistorias, perícias ou outras diligências necessárias para apuração da causa e extensão dos danos.

6.3.2.1. O descumprimento dos deveres previstos nesta cláusula 6.3.2 poderá acarretar as seguintes consequências, conforme o grau de culpabilidade da conduta envolvida e a natureza da infração:

- a) Se o descumprimento for doloso, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento da indenização securitária e de quaisquer valores a ela relacionados, independentemente do

prejuízo apurado, sem prejuízo do direito à cobrança do prêmio eventualmente devido e ao ressarcimento das despesas em que tiver incorrido;

b) Se o descumprimento for culposo, ocorrerá a perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

c) No caso específico de alteração do local do Sinistro ou de quaisquer elementos a ele relacionados, o descumprimento culposo sujeitará o Segurado ao pagamento das despesas adicionais de regulação e liquidação do sinistro, enquanto o descumprimento doloso exonerará integralmente a Seguradora do dever de indenizar.

6.3.3. O Segurado, o Beneficiário ou o representante legal de um ou de outro deverá fornecer à Seguradora os documentos básicos necessários à Regulação do sinistro, conforme relacionados no quadro adiante – Documentos exigidos por Cobertura, e da documentação adicional prevista nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s);

- 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 ou título de especialista ou comprovante de conclusão de residência médica na especialidade contratada e/ou relacionada aos procedimentos que deram origem à Reclamação, não sendo exigida a apresentação do RQE (Registro de Qualificação de Especialidade) quando não houver registro no conselho de classe profissional;
- d)** RG, CPF e comprovante de endereço do segurado;
- e)** Para análise e regulação de sinistro envolvendo Pessoa Jurídica do qual o Segurado seja sócio ou titular, deverão ser apresentados:
 - Contrato social ou documento equivalente que comprove a condição de sócio ou titular do Segurado na empresa reclamada;
 - Comprovação de que o erro foi cometido pelo Segurado (ex: prontuário, relatório técnico, depoimentos, laudo pericial);
 - Cópia da petição inicial ou documento que comprove a reclamação contra o CNPJ;
 - Comprovação de que a empresa se enquadra como ME, EPP ou MEI (ex: certificado do Simples Nacional, inscrição na Junta Comercial);
- e.1)** Os documentos listados acima, específicos para a comprovação da titularidade/sociedade e enquadramento da Pessoa Jurídica, não substituem os demais documentos exigidos para a regulação de sinistros, devendo o Segurado apresentar, adicionalmente, todos os documentos previstos nestas Condições Gerais que sejam pertinentes à análise do caso concreto,
- 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)** Para atuação como Médico Generalista:
 - i. Diploma de graduação em Medicina (reconhecido pelo MEC);
 - ii. Registro ativo no CRM (Conselho Regional de Medicina);
 - iii. Declaração da clínica ou instituição onde atua, com descrição das atividades realizadas;
 - iv. Comprovação de que a especialidade contratada na apólice é “Médico Generalista”;
- j)** Médicos Residentes: Comprovação do curso de Residência, quando em andamento, em instituição médica, que tenha Residência Médica reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e MEC (órgãos que também fornecem um certificado após a conclusão da residência ou estágio);
- k)** Para Odontologia, o registro no respectivo Conselho de Classe Profissional (CFO/CRO) e certificado de conclusão do(s) curso(s) que habilita(m) os procedimentos que geraram a Reclamação;
- l)** Especificamente, no caso de Odontologia com as especializações em **Harmonização Orofacial, Odontologia com Cirurgia Bucomaxilofacial e/ou Odontologia com Radiologia e Imaginologia**, além do registro no respectivo Conselho de Classe Profissional (CFO/CRO), os certificados de especialização nos procedimentos dessas especialidades em questão, contratadas na apólice, que geraram a reclamação;

- m) Comprovantes de conclusão de formação na especialidade, reconhecidos pelos órgãos competentes e/ou o respectivo Registro no Conselho de Classe Profissional, para outras profissões da área da saúde, contratadas na apólice;
- n) Médicos participantes de programas do governo, como o “Programa Mais Médicos”, que não têm formação no Brasil, e apenas se estiverem atuando no município em que forem alocados pelo governo, para o desenvolvimento de ações na Atenção Primária Básica de Saúde, deverão apresentar o Registro do Ministério da Saúde (RMS), que permite a sua atuação pelo programa e tem a validade restrita à permanência do profissional no programa.
- o) Para Chefe de Equipe, Diretor Clínico ou Diretor Técnico, poderão ser exigidos os seguintes documentos:
 - i. Comprovação da função exercida, como:
 - Nomeação formal ou contrato de trabalho com a instituição de saúde;
 - Registro da função em prontuário, escala ou documento interno da instituição;
 - Declaração da instituição confirmando o exercício da função no período do evento.
 - ii. Comprovação da habilitação profissional, como:
 - Registro ativo no respectivo Conselho de Classe (CRM, CRO, etc.);
 - Certificado de especialização na área de atuação.
 - iii. Documentação relacionada ao evento, como:
 - Prontuário do paciente envolvido;
 - Relatório do evento com descrição da atuação do Segurado e/ou equipe sob sua supervisão;
 - Cópia da reclamação judicial, administrativa ou extrajudicial;
 - Laudo pericial, se houver.
 - iv. Para Preceptores:
 - Contrato de trabalho ou nomeação como preceptor/professor;
 - Declaração da instituição de ensino superior comprovando vínculo acadêmico com hospital-escola ou centro de ensino; registro ativo no conselho de classe;
 - Comprovação de especialização na área de atuação;
 - Relatório do evento com descrição da atuação do aluno/residente e do preceptor.

p) Dados bancários do segurado.

6.3.3.1. Os documentos deverão ser apresentados à Seguradora de forma individualizada, em cópias legíveis, e com identificação precisa de seu conteúdo por meio de título ou nome do arquivo correspondente. Somente serão considerados recebidos e aptos à análise aqueles documentos entregues em conformidade com estes requisitos formais.

6.3.3.2. O Segurado deverá apresentar cópia da documentação enumerada na Cláusula 2.1. ACEITAÇÃO/CONTRATAÇÃO, sempre que solicitado pela Seguradora.

6.3.3.3. Os documentos apresentados para fins de Regulação do Sinistro serão utilizados pela Seguradora para a liquidação do sinistro, salvo necessidade de informação complementar devidamente justificada.

6.3.4. Caso a documentação apresentada no Aviso de sinistro seja insuficiente, inadequada ou incompleta, ou, ainda, que faça referência a outros documentos e fatos não disponibilizados, a Seguradora enviará ao Segurado a lista de documentos faltantes e necessários à Regulação do sinistro.

6.3.5. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o regulador de sinistro poderão solicitar outros documentos e/ou informações complementares, ainda que não previstos entre os documentos básicos dispostos na cláusula 6.3.3.

6.3.5.1. Neste caso, a contagem do prazo aplicável será suspensa por no máximo 2 (duas) vezes, e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

6.3.5.2. Nos sinistros relacionados a seguros em que a importância segurada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, a contagem do prazo poderá ser suspensa por apenas 1 (uma) única vez.

6.3.5.3. A não entrega dos documentos solicitados em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará o encerramento da regulação do sinistro sem pagamento de Indenização. Nessa hipótese, a Regulação do sinistro poderá ser retomada a qualquer tempo, desde que apresentados os documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto em lei.

- 6.3.6.** A Seguradora poderá exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o Sinistro, sem prejuízo do pagamento da Indenização no prazo devido. Alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.
- 6.3.7.** Sem prejuízo de qualquer das disposições contidas na presente Apólice/Certificado individual, 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.
- 6.3.8.** Eventuais encargos de tradução referentes a reembolso de despesas efetuadas no exterior serão de exclusiva responsabilidade desta seguradora.

6.4. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 6.4.1.** Uma vez cumprida pelo Segurado, Beneficiário, ou representante legal de um ou de outro a obrigação de fornecer todos os documentos e informações a que se refere a Cláusula 6.3.3.1, a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias, conforme previsto nas Condições Especiais da Apólice/Certificado individual, para concluir a Regulação do Sinistro e se manifestar sobre cobertura securitária, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.
- 6.4.2.** Correrão por conta da Seguradora as despesas com a Regulação e a liquidação do Sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos previstos na Apólice/Certificado individual e daqueles necessários para prova da identificação e legitimidade do interessado, além de outros documentos ordinariamente em poder do interessado.
- 6.4.3.** Os atos e providências praticados pela Seguradora na execução dos procedimentos de Regulação e liquidação do Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento de cobertura securitária.
- 6.4.4.** Encerrada a Regulação do sinistro, caso a Seguradora conclua que não há cobertura securitária para o Sinistro, o Segurado ou Beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo de 30 (trinta) dias previsto nesta Cláusula.
- 6.4.4.1.** A Seguradora poderá apresentar fundamentos adicionais para a negativa da cobertura, caso venha a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia ou caso a negativa seja baseada na ausência ou insuficiência de documentos.
- 6.4.4.2.** Em todos os casos, na justificativa para não pagamento da indenização, a Seguradora não entregará documentos e demais elementos probatórios que sejam considerados confidenciais ou sigilosos por lei, ou cuja divulgação possa causar danos a Terceiros.
- 6.4.5.** Sempre que possível, a Regulação e a liquidação do Sinistro serão realizadas simultaneamente. Nesta hipótese, apurada a ocorrência do Sinistro coberto e de quantias parciais comprovadas a pagar, a Seguradora poderá efetuar os respectivos adiantamentos, concluindo a liquidação no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar do recebimento do último documento para comprovação de eventuais valores parciais incorridos.
- 6.4.6.** Confirmada a existência de cobertura securitária para o Sinistro, a Seguradora indenizará o montante dos prejuízos regularmente apurados, deduzida a Franquia e/ou Participação Obrigatória do Segurado estipulada na Apólice/Certificado individual, se o caso, respeitado o Limite Máximo de Indenização contratado para cada cobertura, obedecendo-se aos critérios de cálculo de indenização indicados nestas Condições Contratuais. A indenização, em qualquer hipótese, não poderá exceder o valor da garantia, ainda que o valor do interesse lhe seja superior.
- 6.4.6.1.** O limite máximo de indenização para cada cobertura deste seguro corresponderá ao valor determinado na Apólice/Certificado individual, o qual poderá ser alterado **apenas uma vez** durante a vigência. A alteração, seja para aumento ou diminuição do limite, **não constitui obrigação da Seguradora pelo simples pedido**, ficando a critério exclusivo da Seguradora, sua aceitação e alteração do prêmio, quando couber, nas seguintes hipóteses:
- a) Durante o período de vigência da apólice, mediante apresentação de proposta devidamente preenchida e assinada pelo Segurado ou seu representante legal, sujeita à análise, validação e autorização da Seguradora, ficando a seu exclusivo critério a aceitação. **No caso de aumento do Limite Máximo de Indenização, a alteração não implicará em ampliação da cobertura para sinistros já ocorridos, sendo válida apenas para eventos futuros;** ou
 - b) Quando da renovação da Apólice.

- 6.4.6.1.1.** Desde que aceito, 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, nos termos da Cláusula 6.6.
- 6.4.6.2.** Em caso de Sinistro com prejuízos amparados por mais de uma cobertura, serão deduzidas a Franquia e/ou Participação Obrigatória do Segurado correspondentes a cada cobertura individualmente, quando houver, as quais serão aplicadas sobre os prejuízos apurados para cada cobertura.
- 6.4.6.3.** No caso de esgotamento do Limite Máximo de Indenização (LMI) por pagamento de sinistro(s), não será permitida a reintegração do LMI, e a Apólice/Certificado individual será automaticamente cancelada.
- 6.4.7.** O segurado deverá apresentar à Seguradora, na forma do disposto na Cláusula 4.1 - OBRIGAÇÕES DO SEGURADO, todos os documentos para a quantificação dos valores devidos previstos no Item 6.3 – COMUNICAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DO SINISTRO e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).
- 6.4.7.1.** Caso a documentação apresentada seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, faça referência a outros fatos ou documentos não disponibilizados, a Seguradora enviará ao Segurado a lista de documentos faltantes e necessários à Liquidação do Sinistro.
- 6.4.8.** Uma vez cumprida pelo Segurado a obrigação de fornecer todos os documentos e informações a que se refere a Cláusula 6.1.3, realizada a regulação, reconhecida a cobertura e fixada a Indenização devida, a Seguradora efetuará o pagamento da importância a que estiver obrigada no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.
- 6.4.8.1.** O não pagamento da Indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias ensejará a aplicação de juros legais, bem como atualização monetária e multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, conforme disposto na Cláusula 5.2 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.
- 6.4.9.** A Indenização somente será devida quando ficar caracterizada a Culpa do Segurado por meio de sentença judicial transitada em julgado ou por acordo previamente autorizado, por escrito, pela Seguradora.
- 6.4.10.** 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.
- 6.4.10.1.** Quando a seguradora, ainda dentro daquele limite, tiver de contribuir também para o capital assegurador 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.
- 6.4.11.** 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.
- 6.4.11.1.** 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.
- 6.4.12.** 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.
- 6.4.13.** Se, após o pagamento da Indenização, a Seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descharacterize o direito do Segurado ou Beneficiário ao seu recebimento, esta poderá requerer a devolução dos valores pagos indevidamente e dos demais gastos incorridos em decorrência do Sinistro.
- 6.4.13.1.** A Seguradora não responderá pelos efeitos manifestados durante a vigência da Apólice/Certificado individual quando decorrentes de sinistro anterior.
- 6.4.14.** Em caso de processo judicial ajuizado pelo paciente contra uma pessoa jurídica que não seja de titularidade do próprio Segurado, mas que o objeto da ação decorra do exercício da profissão do segurado, conforme especificado na Apólice/Certificado individual, se restar comprovado mediante sentença judicial transitada em julgado que o segurado é o responsável pelo fato gerador da reclamação, ao final do processo judicial

ele poderá solicitar à seguradora a abertura ou reabertura do Sinistro para a análise de pagamento da Indenização.

- 6.4.15.** Em qualquer caso, independentemente do valor dos prejuízos, a Indenização não poderá ultrapassar o Limite Máximo de Indenização por cobertura, nem o Limite Máximo de Garantia fixados na Apólice/Certificado individual.

6.5. SALVADOS

- 6.5.1.** Ao tomar ciência da ocorrência de um Sinistro ou da iminência de sua ocorrência, o Segurado, por si ou por seu representante legal, deverá comunicar imediatamente a Seguradora, por qualquer meio idôneo, seguir eventuais instruções recebidas para a contenção ou salvamento, adotar as providências necessárias, úteis e ao seu alcance para evitar e/ou minorar os danos, bem como para preservar os bens segurados não atingidos ou remanescentes, sendo vedado seu abandono total ou parcial, conforme as consequências dispostas no Item 6.1. COMUNICAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DO SINISTRO.
- 6.5.2.** Os eventuais desembolsos decorrentes das despesas com medidas de salvamento e contenção, mesmo que realizadas por terceiros, serão reembolsados pela Seguradora, desde que comprovados, observando-se sempre o limite aplicável a tais despesas, equivalente a 5% (cinco por cento) do Limite Máximo de Indenização garantido aplicável ao tipo de Sinistro iminente ou verificado.
- 6.5.3.** A Seguradora não estará obrigada ao pagamento de despesas com medidas notoriamente inadequadas, observado o Sinistro iminente ou verificado.
- 6.5.4.** Não constituem despesas de salvamento aquelas realizadas pelo Segurado com prevenção rotineira, incluída qualquer espécie de manutenção.
- 6.5.5.** Caso a Seguradora, por escrito, recomende ou aprove previamente a adoção de medidas específicas de salvamento ou contenção em situação concreta, obriga-se a suportar as despesas decorrentes, inclusive aquelas que eventualmente excedam o limite previsto para tais despesas nestas Condições Contratuais. Ultrapassado o limite aplicável, o Segurado deverá solicitar autorização prévia, expressa e específica da Seguradora para dar continuidade às medidas de salvamento ou contenção. Na ausência dessa autorização, a Seguradora não se responsabilizará por qualquer valor excedente, ainda que decorrente de sua recomendação inicial.
- 6.5.6.** A seguradora poderá, mediante acordo prévio com o Segurado, adotar providências no sentido de um melhor aproveitamento dos salvados, ficando, no entanto, estabelecido que quaisquer medidas tomadas pela Seguradora não implicarão reconhecimento da obrigação de indenizar os danos ocorridos.
- 6.5.7.** Se o evento for coberto pelo seguro, os bens danificados, mas salvados, podem passar a ser de propriedade da Seguradora, caso ela assim decida. Enquanto essa decisão não for tomada, o Segurado não pode vender, doar ou dar outro destino a esses bens sem autorização da Seguradora.
- 6.5.7.1.** Optando a Seguradora por ficar com os salvados, fica o Segurado obrigado a entregar toda a documentação necessária para a transferência de propriedade dos bens, livre e desembaraçada de quaisquer ônus junto as autoridades e demais órgãos competentes e declaração de responsabilidade por eventuais dívidas, encargos ou multas que existirem sobre os bens até a data da transmissão da posse e propriedade para a Seguradora.
- 6.5.7.2.** Caso haja algum documento pendente que impeça o pagamento da indenização ou a transferência do bem para a Seguradora, o Segurado e o Beneficiário serão responsáveis por todas as despesas para manter o bem guardado até a regularização, podendo tais despesas serem deduzidas da indenização devida.
- 6.5.8.** Caso o Segurado opte por ficar com os salvados, as partes poderão acordar o abatimento do valor do(s) salvado(s) da indenização a ser paga, previamente ao reconhecimento da Indenização devida. Para tanto, o Segurado precisará assinar um documento concordando com o desconto e com o valor atribuído aos salvados.
- 6.5.8.1.** Neste caso, o valor do(s) salvado(s) será apurado com base no valor comercial do bem atingido no estado em que se encontra em razão do evento coberto.
- 6.5.9.** Exclusivamente nos casos em que o valor a ser indenizado em razão da perda total corresponda integralmente ao valor constante da Apólice/Certificado individual, mas este seja inferior ao valor do bem garantido, a Seguradora ficará sub-rogada nos direitos do Segurado sobre o salvado, na proporção do valor da indenização a ser paga.

- 6.5.10. Caso o salvado não seja transferido à Seguradora, o Segurado deverá adotar todas as medidas cabíveis para o cumprimento integral de leis, regulamentos, normas e requerimentos pertinentes às questões ambientais, sociais, de saúde, segurança e trabalhistas, necessárias às atividades relacionadas à operação de guarda, transporte, destinação e disposição final adequada do(s) salvado(s), incluindo, mas não se limitando ao cumprimento da Lei nº 12.305, de 02 de agosto de 2010 (Política Nacional de Resíduos Sólidos) e da Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998 (Lei de Crimes Ambientais), bem como respeitar condições técnicas e providências administrativas cabíveis, respondendo por qualquer prejuízo, sanções e exigências correlatas, especialmente, mas não se limitando a, danos morais, compensações ambientais, TAC (Termo de Ajustamento de Conduta) etc., em razão do não atendimento.
- 6.5.11. Caso o segurado requeira expressamente os salvados, passa a ser de responsabilidade do segurado adotar todas as medidas para cumprimento integral de leis, regulamentos e requerimentos ambientais relacionados à operação de guarda, transporte, destinação e disposição final adequada dos salvados e peças, de modo a evitar e conter a poluição e contaminação ambiental, ficando isenta à Seguradora.

6.6. INDENIZAÇÃO

- 6.6.1. Toda e qualquer indenização paga pela Seguradora durante a vigência da Apólice/Certificado individual será automaticamente deduzida do Limite Máximo de Indenização (LMI) da cobertura correspondente, a partir da data do sinistro. O Limite Máximo de Indenização para cada cobertura da Apólice/Certificado individual representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora, obedecendo-se os critérios definidos nestas Condições Gerais.
- 6.6.1.2. 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.**
- 6.6.2. O segurado não terá direito à restituição de prêmio referente ao valor reduzido.
- 6.6.3. A reintegração do Limite Máximo de Indenização após a ocorrência de sinistro é uma faculdade da Seguradora, não constituindo obrigação pelo simples pedido do Segurado, observando-se o disposto no item 6.4.7.3, e desde que expressamente solicitado através de proposta preenchida e assinada. Caso a Seguradora opte por aceitar a reintegração, esta dependerá de solicitação formal do Segurado, análise e aprovação expressa da Seguradora, bem como do pagamento do prêmio adicional proporcional ao período de vigência a decorrer. **A reintegração do Limite Máximo de Indenização não aumenta a cobertura para o sinistro já ocorrido, sendo válida apenas para eventos futuros.**
- 6.6.4. Nesse seguro, o Limite Máximo de Indenização é o mesmo que o Limite Máximo de Garantia (LMG), que se refere ao limite máximo de responsabilidade assumido pela Seguradora em uma reclamação ou série de reclamações apresentadas contra o Segurado durante a vigência da apólice, ou, se aplicável, dentro dos prazos complementar e suplementar, e, desde que, decorrentes do mesmo fato gerador ocorridos entre o início da data de retroatividade e fim de vigência da presente Apólice/Certificado individual.

6.7. LIMITE AGREGADO DE INDENIZAÇÃO – LA

- 6.7.1. O Limite Agregado anual de indenização é o constante na especificação da Apólice/Certificado individual, 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/Certificado individual ou a partir da data retroativa de cobertura, quando aplicável. Ficam compreendidas neste valor as importâncias correspondentes às despesas com os sinistros.
- 6.7.2. A cada sinistro, o limite agregado irá se reduzindo pelo valor do Sinistro, ocorrendo o cancelamento automático da Apólice/Certificado individual, 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.
- 6.7.3. Não há reintegração automática do limite máximo de indenização das coberturas contratadas e o limite agregado da Apólice/Certificado individual, salvo acordo expresso entre as partes, e eventuais alterações deverão respeitar o previsto no item 6.4.6.1. da Cláusula 6.4. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.
- 6.7.4. Resta estabelecido, ainda, que o Limite Máximo de Indenização e o Limite Agregado de cada cobertura são independentes, não se somam nem se comunicam com os das demais.

CLÁUSULA 7 – DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1. PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

- 7.1.1. O Segurado, seu representante legal e demais envolvidos na Apólice/Certificado individual de Seguro, como Beneficiários, Cônjuges e/ou Tomadores (denominados, individual ou conjuntamente, “Cliente”), reconhecem e concordam que, ao fornecerem seus dados pessoais para a contratação deste seguro, tais dados poderão ser tratados pela Seguradora para as seguintes finalidades:
- a) fornecer cotações, informações e condições relacionadas à contratação dos serviços da Seguradora;
 - b) analisar o risco e concluir a contratação do seguro;
 - c) executar as obrigações decorrentes do contrato, como o pagamento de indenizações, prestação de serviços de assistência e demais coberturas previstas na Apólice/Certificado individual;
 - d) prevenir e combater fraudes;
 - e) transmitir informações relacionadas ao andamento de solicitações ou serviços contratados, como abertura e acompanhamento de sinistros, endossos, cancelamentos, entre outros;
 - f) ofertar novos produtos e serviços compatíveis com o perfil do Cliente, inclusive por meio de comunicações automatizadas, respeitado o direito de oposição ou descadastramento;
 - g) avaliar o desempenho dos serviços prestados, realizar pesquisas, análises estatísticas e desenvolver ou aperfeiçoar produtos e soluções;
 - h) realizar ações de marketing e publicidade em plataformas digitais, incluindo redes sociais, respeitadas as configurações de privacidade definidas pelo titular;
 - i) tratar dados coletados automaticamente por meio de cookies ou tecnologias similares, nos termos da legislação aplicável e da política de cookies da Seguradora.
 - j) avaliação, pesquisa, inovação e melhoria contínua dos serviços prestados.
- 7.1.2. O tratamento de dados poderá incluir dados pessoais sensíveis, nos termos da legislação aplicável, e será realizado diretamente pela Seguradora ou por terceiros contratados para apoio à execução da Apólice/Certificado individual, tais como:
- a) prestadores de assistência;
 - b) reguladores de sinistros;
 - c) resseguradoras;
 - d) corretoras;
 - e) estipulantes;
 - f) prestadores de serviços de telemedicina e *call center*, entre outros.
- 7.1.3. Durante o processo de regulação de sinistros, o Cliente poderá ser solicitado a fornecer informações complementares, inclusive dados sensíveis, que serão tratados pela Seguradora de forma proporcional e adequada à finalidade de verificar o direito à indenização, conforme as hipóteses legais previstas na legislação vigente.
- 7.1.4. O Cliente poderá, a qualquer tempo e sem custo, exercer os direitos previstos na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, por meio de requerimento expresso, incluindo:
- a) confirmação da existência de tratamento;
 - b) acesso aos dados pessoais;
 - c) correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
 - d) anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a legislação;
 - e) portabilidade dos dados, observadas as normas aplicáveis;
 - f) informação sobre compartilhamento de dados com terceiros;
 - g) oposição ao tratamento realizado com fundamento em legítimo interesse;
 - h) retirada do consentimento, quando aplicável, e informação sobre as consequências dessa retirada;
 - i) revisão de decisões tomadas unicamente com base em tratamento automatizado de dados pessoais.
- 7.1.5. Para o exercício de tais direitos ou para esclarecimentos adicionais, o Cliente deverá entrar em contato com o Encarregado de Proteção de Dados da Seguradora, por meio do endereço eletrônico: protecaodedados@mapfre.com.br.
- 7.1.6. A Seguradora declara que não comercializa dados pessoais de seus Clientes e assegura que o tratamento dos dados será realizado em conformidade com a legislação aplicável e com as boas práticas de segurança

da informação. A Política de Privacidade da Seguradora poderá ser consultada em seu site oficial ou solicitada por meio do canal indicado no item anterior.

7.2. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

- 7.2.1. A publicidade e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante/Subestipulante e/ou do Corretor de seguros, somente poderão ser feitas com autorização prévia, expressa, e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Contratuais e as normas de seguro. Fica a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizada, por escrito.
- 7.2.2. A divulgação do Seguro sem a prévia autorização da Seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas adesões e/ou no cancelamento do seguro.
- 7.2.3. A Seguradora poderá exigir a imediata suspensão, correção ou retirada de qualquer material que não esteja em acordo com as normas legais, contratuais ou que possa prejudicar sua imagem, estando o respectivo interveniente obrigado a atender tais determinações. O não atendimento poderá levar à aplicação do disposto no item 7.2.2.

7.3. PRESCRIÇÃO

- 7.3.1. A prescrição, ressalvados outros eventuais prazos legais específicos aplicáveis ao caso concreto, será de:
 - 7.3.1.1. Um ano, contado da ciência da recepção da recusa da Seguradora, para a pretensão do Segurado em exigir Indenização, capital, reserva matemática, prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias e restituição de Prêmio em seu favor.
 - 7.3.1.2. Três anos, contados da ciência do respectivo fato gerador, para a pretensão dos Beneficiários ou Terceiros prejudicados exigirem da Seguradora Indenização, capital, reserva matemática e prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias.
 - 7.3.1.3. Um ano, contado da ciência do respectivo fato gerador, para a pretensão da Seguradora para a cobrança do prêmio ou qualquer outra pretensão contra o Segurado e o Estipulante do seguro.
- 7.3.2. A prescrição da pretensão relativa ao recebimento de indenização ou capital Segurado será suspensa uma única vez, quando a Seguradora receber pedido de reconsideração da recusa de pagamento.
 - 7.3.2.1. Cessa a suspensão no dia em que o interessado for comunicado pela Seguradora de sua decisão final.

7.4. FORO

- 7.4.1. O foro competente para as ações de seguro é o do domicílio do segurado ou do beneficiário, resguardado o disposto na legislação em vigor.

7.5. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 7.5.1. Este documento reúne as Condições Contratuais do “Seguro de Responsabilidade Civil para médicos, dentistas e outros profissionais da área da saúde à base de Reclamações, com Notificação” da MAPFRE Seguros, definindo as regras da Apólice/Certificado individual, as coberturas contratadas e os direitos e deveres das partes envolvidas. Todas as situações relacionadas a este seguro serão analisadas com base nestas Condições Contratuais.
- 7.5.2. Apenas as coberturas expressamente contratadas e indicadas na Apólice/Certificado Individual são aplicáveis ao seguro. Recomenda-se ao Segurado concentrar a leitura nas cláusulas referentes às garantias efetivamente contratadas.
- 7.5.3. **Ao contratar o seguro, o Segurado declara ter conhecimento e concordar com as cláusulas que estabelecem deveres, exclusões e limitações à cobertura, destacadas em negrito neste documento.**
- 7.5.4. **Todas as comunicações entre o Segurado, o Estipulante e a Seguradora deverão ser realizadas pelos canais oficiais de atendimento indicados nestas Condições Contratuais.**
- 7.5.5. A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.
- 7.5.6. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 7.5.7. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade Seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 7.5.8. As condições contratuais/regulamento deste produto encontram-se registradas na Susep de acordo com o número do processo constante da Apólice/Certificado individual ou na Proposta e poderão ser consultadas no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 7.5.9. As condições particulares do seguro prevalecem sobre as especiais, e estas, sobre as gerais.

- 7.5.10. Este contrato será regido pela legislação e pela regulação vigentes à época de sua contratação ou renovação, aplicáveis aos contratos de seguro no Brasil, as quais prevalecerão em quaisquer casos omissos, respeitada, sempre que possível, a liberdade das partes para estipular sobre matérias não disciplinadas de forma expressa e específica por normas imperativas.

CLÁUSULA 8 – COBERTURA BÁSICA PARA CHEFE DE EQUIPE

8.1. OBJETIVO DO SEGURO

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

8.1.1.1. Estarão amparados, como pessoa física, mediante inclusão na Apólice/Certificado individual e pagamento de prêmio adicional, os danos causados a Terceiros que o Segurado venha a ser civilmente responsável a reparar, pelos erros e/ou omissões cometidos pelos profissionais pelos quais seja responsável em decorrência das atribuições de seu cargo de **chefe de equipe** (inclui preceptores), desde que os profissionais estejam devidamente registrados nos órgãos competentes (CRM, CRO ou outras entidades de classe) e que estejam exercendo as atividades dentro de suas próprias especialidades.

8.1.2. São atribuições do Chefe de Equipe:

- a) Garantir a condução do atendimento ao paciente,
- b) Liderar a equipe de profissionais da área da saúde do pronto-socorro, hospital, clínica e/ou emergência,
- c) Acompanhar atendimentos e relatórios gerenciais,
- d) Dar suporte à equipe de profissionais da área da saúde, de enfermagem e pacientes, e
- e) Orientar a equipe no que for necessário.

8.1.3. Esta cobertura está sempre vinculada a uma especialidade da apólice, não podendo ser contratada de forma isolada.

8.2. COBERTURAS CONTRATADAS

8.2.1. Quando o Segurado atuar como Preceptor no âmbito de instituições de ensino superior reconhecidas pelo MEC, no exercício de atividades de supervisão, orientação e ensino prático de estudantes ou residentes, estará garantida a cobertura para reclamações decorrentes de atos técnicos ou clínicos praticados no desempenho dessa função, desde que resultem em dano direto a terceiros (pacientes). Para fins deste seguro, considera-se Preceptor o profissional com:

- a) Registro ativo no respectivo Conselho de Classe (CRM, CRO, etc.);
- b) Especialização na área de atuação;
- c) Vínculo formal com instituição de ensino superior (contrato de trabalho ou nomeação);
- d) Atuação em ambiente acadêmico ou hospitalar com fins educacionais.

8.2.2. Estão cobertos também, atos praticados por alunos, internos ou residentes sob sua supervisão direta, desde que o dano a terceiros (pacientes) decorra de falha técnica e haja responsabilidade atribuída ao Preceptor por omissão, supervisão inadequada ou orientação incorreta.

8.2.2.1. **Não estão cobertas** as atividades exercidas como instrutor, orientador ou docente em cursos livres, não reconhecidos pelo MEC, sem vínculo acadêmico formal com instituições de ensino superior.

8.3. EXCLUSÕES

8.3.1. Exclusões não estarão cobertas pela presente Apólice/Certificado individual:

- a) a responsabilidade do segurado por atos de gestão administrativa, enquanto diretor clínico, diretor técnico ou chefe de equipe, não estará coberta, ainda que contratada cobertura específica para essas funções.
- b) a cobertura especial para diretor clínico, diretor técnico ou chefe de equipe, quando contratada, abrangerá exclusivamente os atos técnicos ou clínicos praticados pelo segurado no exercício dessas funções, desde que resultem em dano direto a terceiros (pacientes) e estejam relacionados à sua atividade profissional coberta por esta Apólice/Certificado individual.

8.4. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.4.1. Ratificam-se as Condições Gerais, exceto nas disposições que conflitarem com as presentes Condições Especiais, hipótese em que estas prevalecerão sobre aquelas.

CLÁUSULA 9 – COBERTURA BÁSICA PARA DIRETOR CLÍNICO E/OU DIRETOR TÉCNICO

9.1. OBJETIVO DO SEGURO

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

9.1.2. Através de inclusão na Apólice/Certificado individual e pagamento de prêmio adicional, esta cobertura adicional garante ao Segurado, até o Limite Máximo de Garantia fixado na Apólice/Certificado individual, a sua responsabilidade civil profissional enquanto **diretor clínico** e/ou **diretor técnico** de determinada instituição de saúde, não estando amparadas por esta cobertura as reclamações puramente administrativas.

9.1.3. São atribuições do DIRETOR CLÍNICO:

- a) Dirigir, coordenar e orientar o Corpo Clínico da instituição;
 - b) Supervisionar a execução das atividades de assistência médica na instituição;
 - c) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição;
 - d) Promover e exigir o exercício ético da medicina;
 - e) Zelar pela fiel observância do Código de Ética Médica;
 - f) Observar as Resoluções do CFM diretamente relacionadas à vida do Corpo Clínico da instituição.
- Define-se DIRETOR TÉCNICO como: médico contratado pela direção geral da instituição, e por ela remunerado, para assessorá-la em assuntos técnicos. Ele é o principal responsável médico pela instituição, não somente perante o Conselho, como também perante a Lei

9.1.4. São atribuições do DIRETOR TÉCNICO:

- a) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentos em vigor relacionados à assistência médica na instituição;
- b) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde, em benefício da população usuária da instituição;
- c) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética dos hospitais;
- d) Garantir a investidura nos cargos de diretor clínico e vice-diretor clínico os médicos eleitos pelos demais membros do corpo clínico;
- e) Estimular todos os seus subordinados, de qualquer profissão, a atuar dentro de princípios éticos;
- f) Impedir que, por motivos ideológicos, políticos, econômicos ou qualquer outro, um médico seja proibido de utilizar das instalações e recursos da instituição, particularmente quando se trata da única na localidade.

9.1.5. Esta cobertura está sempre vinculada a uma especialidade da Apólice/Certificado individual, não podendo ser contratada de forma isolada.

9.2. COBERTURAS CONTRATADAS

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

- a) Erros e/ou omissões cometidos pelos profissionais pelos quais seja responsável em decorrência das atribuições de seu cargo de **diretor clínico**, desde que os profissionais estejam devidamente registrados nos órgãos competentes (CRM, CRO ou outras entidades de classe) e estejam exercendo as atividades dentro de suas próprias especialidades;
- b) Erros e/ou omissões cometidos pelos profissionais em decorrência de falhas na execução de atribuições inerentes ao seu cargo de **diretor técnico**, desde que os profissionais estejam devidamente registrados nos órgãos competentes (CRM, CRO ou outras entidades de classe) e estejam exercendo as atividades dentro de suas próprias especialidades.

9.3. EXCLUSÕES

9.3.1. Não estarão cobertas pela presente Apólice/Certificado individual:

- a) a responsabilidade do segurado enquanto chefe de equipe ou preceptor, salvo se contratada a cobertura especial para chefe de equipe.
- b) a responsabilidade do segurado por atos de gestão administrativa, enquanto diretor clínico, diretor técnico ou chefe de equipe, não estará coberta, ainda que contratada cobertura específica para essas funções;
- c) a cobertura especial para diretor clínico, diretor técnico ou chefe de equipe, quando contratada, abrangerá exclusivamente os atos técnicos ou clínicos praticados pelo segurado no exercício dessas funções, desde que resultem em dano direto a terceiros (pacientes) e estejam relacionados à sua atividade profissional coberta por esta apólice.

9.4. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.4.1. Ratificam-se as Condições Gerais, exceto nas disposições que conflitarem com as presentes Condições Especiais, hipótese em que estas prevalecerão sobre aquelas.



A atuação ética é um dos princípios institucionais da MAPFRE.
Para garantir ainda mais a segurança e tranquilidade aos clientes,
a MAPFRE Seguros divulga o serviço de DISQUE DENÚNCIA,
um importante meio de prevenção e redução de fraudes.
Um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer
práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro,
com sua identidade mantida em total sigilo.
Pela coragem e respeito por você, busca-se constantemente
a transparência nos processos e produtos.