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

Condições Gerais

Versão 2.3

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://pessoalize.callvideo.io/mapfre**
Central de Atendimento aos Deficientes Auditivos ou de Fala 24 horas: **0800 775 5045**

Ouvidoria: **0800 775 1079** | Ouvidoria para Deficientes Auditivos ou de Fala: **0800 962 7373** – **de 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h (exceto feriados)**. A Ouvidoria 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

CONDIÇÕES GERAIS 3
CLÁUSULA 1 – DEFINIÇÕES 3
CLÁUSULA 2 – OBJETO DO SEGURO 8
CLÁUSULA 3 – CONDIÇÕES PARA VALIDADE DO SEGURO 9
CLÁUSULA 4 – CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DA COBERTURA 9
CLÁUSULA 5 – EXCLUSÕES GERAIS/ RISCOS EXCLUÍDOS 12
CLÁUSULA 6 – NOTIFICAÇÕES 15
CLÁUSULA 7 – PRAZO ADICIONAL PARA RECLAMAÇÕES (COMPLEMENTAR) 16
CLÁUSULA 8 – EXTENSÃO DO PRAZO ADICIONAL PARA RECLAMAÇÕES (SUPLEMENTAR) 16
CLÁUSULA 9 – FRANQUIA DEDUTÍVEL E/OU PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA 17
CLÁUSULA 10 – ÂMBITO GEOGRÁFICO 17
CLÁUSULA 11 – LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO - LMI 18
CLÁUSULA 12 – ALTERAÇÃO DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO 18
CLÁUSULA 13 – LIMITE AGREGADO DE INDENIZAÇÃO – LA 18
CLÁUSULA 14 – ACEITAÇÃO, FORMA DE CONTRATAÇÃO E VIGÊNCIA 18
CLÁUSULA 15 – RENOVAÇÃO 20
CLÁUSULA 16 – DECLARAÇÕES 21
CLÁUSULA 17 – TRANSFERÊNCIA DE APÓLICES 21
CLÁUSULA 18 – PAGAMENTO DO PRÊMIO 21
CLÁUSULA 19 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO 23
CLÁUSULA 20 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE 24
CLÁUSULA 21 – PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO E DOCUMENTOS BÁSICOS 25
CLÁUSULA 22 – PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO 26
CLÁUSULA 23 – CONCORRÊNCIA DE APÓLICES 27
CLÁUSULA 24 – PERDA DE DIREITOS 28
CLÁUSULA 25 – RESCISÃO / CANCELAMENTO DO SEGURO 29
CLÁUSULA 26 – SUB-ROGAÇÃO DA SEGURADORA 30
CLÁUSULA 27– ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS 30
CLÁUSULA 28 – PRESCRIÇÃO 31
CLÁUSULA 29 – FORO 31
CLÁUSULA 30 – MATERIAL DE DIVULGAÇÃO 31
CLÁUSULA 31 – CLÁUSULA ESPECIAL PARA CHEFE DE EQUIPE 31
CLÁUSULA 32 – CLÁUSULA ESPECIAL PARA DIRETOR CLÍNICO E/OU DIRETOR TÉCNICO 31
CLÁUSULA 33 – EMBARGOS E SANÇÕES 32
CLÁUSULA 34 – DISPOSIÇÕES GERAIS 33

Classificação: Uso Interno

CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 1 – DEFINIÇÕES

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

APÓLICE

Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva), e 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.

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 à 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.

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. **Não estão incluídos nesta definição Diretor Clínico e/ou Diretor Técnico.**

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro;

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Consiste em disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente modificam as Condições Gerais.

CONDIÇÕES GERAIS

Conjunto de cláusulas comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um mesmo plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes, discrimina o objeto segurado, suas coberturas, exclusões aplicáveis e garantias contratadas pelo Segurado.

CONDIÇÕES PARTICULARES

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

CORRETOR DE SEGUROS

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

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.).

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, 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 as despesas tenham sido notificado 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 ao corpo da pessoa. **Esta definição não abrange danos morais, estéticos ou psicológicos.**

DANO ESTÉTICO

Dano físico que, embora não comprometa o funcionamento do organismo, implica redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética de uma pessoa.

DANO MATERIAL

Dano causado exclusivamente patrimônio material de uma pessoa.

DANO MORAL

Ofensa que fere os princípios e valores morais, tais como à honra, ao afeto, à liberdade, à profissão, ao respeito aos mortos, à psique, à saúde, ao nome, ao crédito, ao bem estar, à vida e imagem, sem necessidade de ocorrer prejuízo econômico.

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.

ENDOSSO

Documento, emitido pela sociedade seguradora, 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. Se não for designada, será considerada “especialidade segurada” a profissão e a especialidade exercida no momento da assinatura da proposta deste seguro, sempre que o segurado estiver habilitado para o seu exercício com a comprovação através do título oficial de especialista, cumprindo todos os requisitos exigidos pelas autoridades competentes.

ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE

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

ESTIPULANTE

Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investida dos poderes de representação dos segurados perante a sociedades seguradora, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.

FALHA PROFISSIONAL OU FATO GERADOR

Qualquer ato médico, odontológico ou de profissional da área da saúde executado com culpa, assim como qualquer erro, omissão ou descumprimento do dever incorrido no exercício da especialidade segurada que produza danos garantidos por este seguro e atribuídos 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**

Classificação: Uso Interno

responsável, desde que estejam relacionados entre si, derivem um do outro, tenham a mesma origem, sejam o resultado de uma mesma causa, ou tenham sido cometidos dentro do âmbito de tratamento da mesma enfermidade ou lesão do mesmo paciente/terceiro.

FRANQUIA

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

INDENIZAÇÃO

É o valor a ser pago ao segurado pela seguradora na ocorrência de sinistro, respeitado o limite máximo de indenização da respectiva cobertura contratada, vigente na data da ocorrência do sinistro e as demais regras estabelecidas no presente instrumento.

"IN SITU"

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

LIMITE AGREGADO

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

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

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

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 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**.

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.**

PRÊMIO

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

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 DE SEGURO

Documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro, abrangendo, no caso de contratação ou renovação de apólices coletivas, tanto a proposta de contratação formalizada pelo estipulante, como as propostas de adesão dos segurados individuais.

RECLAMAÇÃO

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

REGULAÇÃO DE SINISTRO

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

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

Classificação: Uso Interno

e profissional. O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista.

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.

Será considerado Segurado, o **cônjuge 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 e que, mediante o recebimento do prêmio, garante os riscos contratados no seguro, de acordo com as condições contratuais da apólice/certificado Individual. Neste Seguro a MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.

SINISTRO

É a ocorrência de uma ação e/ou omissão que tenha produzido um dano e/ou prejuízo a um Terceiro do qual o Segurado seja considerado civilmente responsável, derivado necessariamente de Falha Profissional ou Fato Gerador neste seguro e que resulte amparado nos termos 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.

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 sinistros e de suas expectativas.

VIGÊNCIA

Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro.

CLÁUSULA 2 – OBJETO DO SEGURO

2.1. O presente Seguro é à Base de Reclamações, com Notificações e tem por objetivo garantir, mediante o recebimento do Prêmio pela Seguradora, o pagamento de uma Indenização até o limite máximo de indenização previsto na especificação da apólice, relacionadas as 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 da 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, que sejam resultado de FALHAS PROFISSIONAIS **na especialidade segurada, com formação comprovada, reconhecida pelo respectivo conselho de classe profissional brasileiro e descrita na apólice ou, comprovadamente, no Ato do Bom Samaritano,** durante o período de Vigência do seguro e **observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito e as demais condições contratuais**.

2.2. Este seguro garante ainda, até o Limite Máximo de Indenização, a responsabilidade civil profissional do Segurado enquanto Diretor Cínico, 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.

2.3. Estão amparados os Danos Materiais, Danos Corporais, Danos Morais e Danos Estéticos causados a Terceiros, pelos quais o Segurado venha a ser civilmente responsável em virtude de Reclamações por Falhas Profissionais pelas quais o Segurado seja responsável em decorrência das atribuições de seu cargo de Diretor Clinico, Diretor Técnico e/ou Chefe de Equipe, desde que os profissionais estejam devidamente registrados 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.

Classificação: Uso Interno

2.4. Respeitando o Limite Máximo de Indenização estabelecido na Especificação da Apólice, 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. Para fins desta Cobertura, "Perda ou Danos" também inclui extravio, furto ou roubo dos documentos. Esta cláusula não se aplica a Reclamações de Danos decorrentes do uso ou desgaste natural de documentos. **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.**

2.5. Como esta é uma Apólice à Base de Reclamações, com Notificações efetuadas pelo Segurado, Tomador ou Estipulante à Seguradora, além das demais disposições deste seguro, é condição para que o segurado possa pleitear a garantia, o preenchimento dos seguintes requisitos:

a) Que o Terceiro apresente a Reclamação ao Segurado:

1. Durante o Período de Vigência da Apólice;

2. Durante o Prazo Adicional (Complementar), quando cabível, ou

3. Durante a extensão do Prazo Adicional (Suplementar), quando cabível; e

b) Que as Reclamações estejam vinculadas aos danos ocorridos durante o Período de Vigência da Apólice ou durante o Período de retroatividade.

CLÁUSULA 3 – CONDIÇÕES PARA VALIDADE DO SEGURO

3.1. O presente seguro será operacionalizado por Apólice à Base de Reclamações (*Claims Made Basis*), com cláusula de Notificação e, desta forma, a cobertura contratada somente será válida considerando-se, além da data de ocorrência da Falha Profissional cometida no exercício da profissão 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 4 – Condições Específicas da Cobertura, e que os danos:

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

- Durante o Período de Vigência da Apólice; 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 ou durante o Período de Retroatividade

3.2. 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).

3.3. A cobertura das Apólices 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.

3.4. Na hipótese de a Reclamação contra o Segurado recair sobre a Pessoa Jurídica de Titularidade do Segurado, estando essa ou não descrita na apólice, a Seguradora responderá pelos Custos de Defesa e Indenizações devidas pela Pessoa Jurídica de titularidade do Segurado, desde que, cumulativamente:

(i) Tal Reclamação esteja relacionada aos atos médicos praticados regularmente pelo Segurado;

(ii) Tais atos médicos estejam compreendidos nas especialidades informadas pelo Segurado na proposta de contratação; e

(iii) Tais atos se enquadrem nas especialidades de formação do Segurado ou no Ato do Bom Samaritano.

(iv) Essa pessoa jurídica de titularidade do Segurado seja uma microempresa ou empresa de pequeno porte, ou o Segurado seja um microempreendedor individual.

CLÁUSULA 4 – CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DA COBERTURA

4.1. 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**:

a) 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/

Classificação: Uso Interno

terceiro, durante o período de vigência do presente Seguro, por qualquer Falha Profissional cometida no exercício da profissão de médico, dentista ou outra profissão da área da saúde, pelo qual o segurado venha a ser responsabilizado por sentença judicial transitada em julgado ou em acordo previamente autorizado, por escrito, pela Seguradora;

b) 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";

c) Danos e/ou despesas, realizadas pelo Segurado, durante e/ou após o sinistro, ao empreender ações emergenciais para combater ou minorar os danos causados a Terceiros/Pacientes, que tenham sido comprovadas ou confirmadas por vistoria de Sinistro efetuada pela Seguradora para os riscos cobertos por este seguro, respeitado o limite máximo de indenização contratado 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, desde que tenham sido notificados pelo segurado, durante a vigência da apólice;

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 à 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 "j" 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. Não constituem situações passíveis 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, Difamação. Exclusivamente para Custos de Defesa em caso de reclamação proposta contra o Segurado, decorrente de prática de injúria, calúnia ou difamação, praticada durante a prestação de Serviços Profissionais. A EXTENSÃO DE COBERTURA ORA DESCRITA NÃO SE APLICA A QUALQUER RECLAMAÇÃO ALENGANDO INJÚRIA, CALÚNIA OU DIFAMAÇÃO QUE NÃO ESTEJA ASSOCIADA A UAM RECLAMAÇÃO DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS PELO SEGURADO AO TERCEIRO RECLAMANTE. Ficando desde já estabelecido que se ao final do devido processo legal for comprovado que o Segurado praticou efetivamente qualquer um dos atos ilícitos dolosos de Injúria, Calúnia e/ou Difamação, ele deverá ressarcir à Seguradora a totalidade dos valores desembolsados por ela para cobrir os Custos de Defesa do Segurado, nos termos do item "j" abaixo;

Classificação: Uso Interno

j) 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 ressarcimento da sociedade seguradora por valores adiantados ao segurado, estipulante ou ao tomador. Caso se verifique hipótese que justifique o dever de ressarcimento 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 ressarcidos com a devida correção monetária;

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 04 - CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DA COBERTURA) ou ajuizar uma ação contra o Segurado, mas ainda não formalizou.

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. Em caso de indenização, terá seus valores deduzidos até o respectivo LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO contratado, nunca podendo ultrapassar o LIMITE MAXIMO DE GARANTIA da Apólice.

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.

4.2. Data da Falha Profissional

4.2.1. Se a data em que foi cometida a referida Falha Profissional não puder ser determinada com exatidão, fica convencionado que esta falha foi cometida no momento em que se deu a primeira conduta omissiva ou comissiva definida como negligente, imprudente ou imperita, que, em conjunto com outros fatos, constituíram a Falha Profissional imputada ao Segurado, sendo imprescindível que referida data esteja dentro do Período de Vigência.

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

4.2.3. Quando vários ou uma série das referidas Falhas Profissionais forem consideradas como "um único e idêntico erro ou omissão ou Falha Profissional", **fica entendido que a data será aquela em que se cometeu o primeiro erro ou omissão**, independente do momento em que foi cometido cada

erro ou omissão e/ou da data em que efetivamente foram apresentadas as respectivas reclamações, sendo imprescindível que referida data esteja dentro do Período de Vigência.

4.3. Data da Apresentação da Reclamação

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

- Uma Reclamação de indenização por qualquer erro ou omissão cometido no exercício da profissão de médico, dentista ou outro profissional da área da saúde, ocorrido durante o período de vigência, pelo qual o segurado venha a ser responsabilizado por sentença judicial transitada em julgado e que seja amparado pelo presente seguro;
- A pretensão de responsabilizar o segurado por qualquer erro ou omissão cometido no exercício da profissão de médico, dentista ou outro profissional da área da saúde, ocorrido durante o período de vigência e que seja amparado pelo presente seguro;
- Uma Reclamação de indenização apresentada por Terceiro/Paciente, referente a danos decorrentes da cobertura prevista na alínea "b" do item 4.1 desta cláusula, ocorrido durante o período de vigência; e
- Uma Reclamação de indenização por qualquer acidente relacionado à existência, uso e conservação de imóveis (clínicas ou consultórios) sob controle do Segurado (desde que ele seja proprietário ou sócio) e onde o Segurado desenvolve sua atividade profissional, acidente este, ocorrido durante o período de vigência e que esteja amparado pelo presente seguro.

4.3.2. Se forem apresentadas mais de uma Reclamação derivadas da mesma Falha Profissional cometida no exercício da profissão de médico, dentista ou de outro profissional da área da saúde pela qual o segurado venha a ser responsabilizado por sentença judicial transitada em julgado, ou derivadas de várias ou de uma série de falhas profissionais que devam ser computadas como "uma e a mesma Falha Profissional", essas reclamações serão consideradas:

a) Como uma única Reclamação;

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

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

CLÁUSULA 5 – EXCLUSÕES GERAIS/ RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) Falhas profissionais cometidas fora do período de vigência, mesmo que no exercício da profissão de médico, dentista ou outro profissional da área da saúde, ainda que o segurado tenha sido responsabilizado;

b) Reclamações apresentadas fora do período de vigência, exceto nos casos previstos na Cláusula 7 – PRAZO ADICIONAL (COMPLEMENTAR) PARA RECLAMAÇÕES e na Cláusula 8 – 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;

Classificação: Uso Interno

h) 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;

i) 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;

j) Atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores, dirigentes, administradores legais, beneficiários, subcontratados e respectivos representantes legais, se o segurado for pessoa jurídica;

k) 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;

l) Assédio ou crime sexual;

m) 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;

n) 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;

o) Medicamentos com data de validade expirada ou acondicionamento incorreto;

p) Tratamento Experimental, exceto os consentidos previamente pelo paciente;

q) 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;

r) Violação da obrigação profissional de confidencialidade;

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

t) 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;

u) 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;

v) 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;

w) Condenações judiciais aplicadas ao segurado, de caráter punitivo ou exemplar, pelos danos causados a terceiros, bem como multas e/ou penalidades de qualquer natureza;

x) Danos resultantes de alterações genéticas ocasionadas pelo uso de radiações de qualquer natureza;

y) Danos genéticos hereditários ou adquiridos por mudanças ambientais;

z) 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.

aa) Danos causados por obras de instalação ou montagem de quaisquer equipamentos, inclusive os equipamentos e aparelhos da área da saúde;

bb) 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 onde ele seja proprietário ou sócio desses locais;

cc) Consequências de receitar ou administrar medicamentos não aprovados pelas autoridades competentes, assim como a responsabilidade civil dos fabricantes de medicamentos receitados pelo segurado, quando o dano se origine pelo produto e não por culpa, negligência ou imperícia segurado;

dd) Reclamações de terceiros por reclamações decorrentes de abuso físico e sexual, bem como qualquer tipo de discriminação, racismo, homofobia ou assédio;

ee) 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;

ff) Danos resultantes de uma real ou alegada ameaça de descarga, dispersão, liberação ou escapamento de poluentes;

gg) 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;

hh) Responsabilidades assumidas pelo segurado sem anuência prévia e por escrito da seguradora;

ii) Responsabilidades por danos causados direta ou indiretamente por atos da responsabilidade de terceiros, assumidas espontaneamente pelo segurado;

jj) Qualquer tratamento cujo objetivo seja o impedimento da gravidez ou a procriação, salvo nos casos em que o método estiver legal e cientificamente aceito;

kk) 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;

ll) 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;

mm) Assinaturas em folhas em branco de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos;

nn) 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;

oo) 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;

pp) Responsabilidade civil de hospitais, clínicas médicas e odontológicas, consultórios, laboratórios (exceto os descritos no item 3.4, da Cláusula 3 – 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;

qq) Perdas financeiras, inclusive lucros cessantes, e paralisação das atividades do profissional Segurado;

rr) 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;

ss) 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;

tt) 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;

uu) Qualquer tipo de ação judicial ajuizada por terceiros que seja relacionada exclusivamente a cobrança de honorários médicos, que incorra ou não, em inscrição do nome do paciente em serviços de proteção ao crédito, cheque caução, PROCON, SERASA, protestos, etc., que não sejam decorrentes de erro médico;

vv) Não estarão amparados por qualquer cobertura desta apólice ações judiciais propostas pelo segurado em face de terceiros;

ww) 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.

CLÁUSULA 6 – NOTIFICAÇÕES

6.1. Notificação do segurado, estipulante ou do tomador à seguradora de uma expectativa de Reclamação ainda não apresentada pelo paciente/terceiro.

6.1.1. 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 vigente, quando do recebimento da Notificação, eventual indenização que vier a ser devida.

6.1.2. Quando for apresentada mais de uma notificação derivada da mesma Falha Profissional cometida no exercício da profissão de médico, dentista ou outro profissional da área da saúde, pela qual o segurado venha a ser responsabilizado por sentença judicial 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.

6.1.3. As apólices com este tipo de notificação cobrem, também, reclamações futuras de terceiros prejudicados, relativas a atos, fatos ou circunstâncias ocorridas entre a data limite de retroatividade, inclusive, e o término do período de vigência da apólice, desde que tenham sido notificados pelo segurado, durante o período de vigência da apólice.

6.1.4. A cláusula de notificações, somente produzirá efeitos se o segurado, estipulante ou o tomador tiver apresentado, durante o período de vigência da apólice, a notificação relacionada ao fato, ato ou à circunstância que gerou a Reclamação efetuada pelo terceiro prejudicado.

6.1.5. As notificações deverão ser apresentadas tão logo o segurado tome conhecimento de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias relevantes, potencialmente danosa, 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.

CLÁUSULA 7 – PRAZO ADICIONAL PARA RECLAMAÇÕES (COMPLEMENTAR)

7.1. 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, e caso a apólice 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 for transferida para outra seguradora que não admita, integralmente, o período de retroatividade da apólice precedente;

d) A apólice for substituída por uma apólice à base de ocorrência, ao final de sua vigência, na mesma seguradora ou em outra; e

e) 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.

7.2. **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 cometidas durante o período de vigência da apólice ou período de retroatividade.**

7.3. 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.

7.4. 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).

7.5. **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**.

CLÁUSULA 8 – EXTENSÃO DO PRAZO ADICIONAL PARA RECLAMAÇÕES (SUPLEMENTAR)

8.1. 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 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

Classificação: Uso Interno

Extensão do Prazo Adicional (Suplementar) para reclamações – além do prazo adicional (Complementar) de 3 (três) anos	Prêmio Adicional
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

8.2. 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.

8.3. O limite agregado, uma vez determinado na especificação da apólice, será aplicado na mesma proporção existente em relação ao limite máximo de indenização residual indicado neste item.

8.4. A contratação da Extensão do Prazo Adicional (Suplementar) **somente** poderá ser feita:

a) Desde que a apólice não tenha sido renovada;

b) Desde que a apólice não tenha sido cancelada por inadimplência, por determinação legal;

c) Desde que o limite agregado não tenha sido esgotado durante o Prazo Adicional inicial (Complementar); e

d) Desde que tenha havido renovação em outra seguradora cujo contrato de seguro não admita período de retroatividade de cobertura da apólice anterior.

8.5. 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.

8.6. Se, nas apólices anteriores, que deram motivo ao período de retroatividade da cobertura, o limite máximo indenizável for diferente do constante da última apólice, o prêmio relativo a esta cláusula poderá ser ajustado proporcionalmente àquele limite máximo indenizável.

8.7. **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.**

8.8. 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.

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.

8.9. 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.

CLÁUSULA 9 – FRANQUIA DEDUTÍVEL E/OU PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA

9.1. **A franquia dedutível e/ou participação obrigatória do segurado quando aplicável, serão definidas nas propostas de seguro e apólices/certificados individual.**

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

CLÁUSULA 10 – ÂMBITO GEOGRÁFICO

10.1. Este seguro está restrito exclusivamente às Reclamações apresentadas no território brasileiro, relativos 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

Classificação: Uso Interno

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, ou no Ato do Bom Samaritano.

CLÁUSULA 11 – LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO - LMI

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

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

11.3. Não há reintegração automática do limite máximo de indenização das coberturas contratadas e o limite agregado da apólice, salvo acordo expresso entre as partes.

11.4. **Todos os eventos cobertos serão considerados dentro do LMI contratado.**

CLÁUSULA 12 – ALTERAÇÃO DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

12.1. O Segurado poderá solicitar alteração de Limite Máximo de Indenização da cobertura:

a) Durante período de vigência da apólice, mediante preenchimento de proposta, assinada pelo segurado ou seu representante legal, a ser devidamente validada e autorizada pela Seguradora, ficando a seu exclusivo critério a aceitação; ou

b) Quando da renovação da Apólice.

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

12.1.2. 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.

12.2. 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.

CLÁUSULA 13 – LIMITE AGREGADO DE INDENIZAÇÃO – LA

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

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

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

13.4. 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 14 – ACEITAÇÃO, FORMA DE CONTRATAÇÃO E VIGÊNCIA

14.1. **Aceitação**

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

O presente seguro poderá ser contratado por pessoa física ou jurídica, sendo esta última, na condição de Tomadora, e Estipulante, ficando investida de poderes de representação dos segurados perante a seguradora.

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

Classificação: Uso Interno

14.1.1.1. Se pessoa física:

a) nome completo;

b) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/MF;

c) 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;

d) natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição;

e) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;

f) profissão; e

g) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal.

14.1.1.2. Se pessoa jurídica:

a) A denominação ou razão social;

b) Atividade principal desenvolvida;

c) O número de identificação no cadastro nacional de pessoa jurídica (CNPJ);

d) Endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;

e) Nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso; e

f) Informações acerca da situação patrimonial e financeira:

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

14.1.2.1. Na apólice coletiva, a proposta de contratação deverá ser assinada pelo estipulante e/ou seu representante legal e pelo corretor de seguros habilitado, 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.

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

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

14.1.3.1. Sendo o segurado sempre pessoa física, a solicitação poderá ocorrer apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 1.2 desta cláusula**.**

14.1.4. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, conforme descrito no item 14.1.3 desta cláusula, **o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso**, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação solicitada.

14.1.5. O Segurado deverá apresentar, juntamente com a proposta de seguro, declaração informando desconhecer quaisquer atos, fatos ou circunstâncias ocorridas durante o período de retroatividade da cobertura, ou ainda, declarar aqueles que sejam conhecidos, que possam dar origem a uma Reclamação coberta pelo seguro.

14.1.6. A seguradora poderá recusar o fornecimento de protocolo para a proposta que não satisfizer a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, previamente à sua análise, devolvendo-a para o atendimento das exigências**.**

14.1.7. A seguradora formalizará a recusa por meio de correspondência ao segurado, seu representante legal ou corretor de seguros, especificando o motivo da mesma. A ausência de manifestação por escrito, da seguradora, no prazo previsto no item 14.1.2. desta cláusula caracterizará a **ACEITAÇÃO TÁCITA** da proposta de seguro.

14.1.8. A emissão da apólice/certificado individual ou de endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta, podendo ser disponibilizado ao Segurado por meio físico

ou remoto. Na hipótese de remoto, a Seguradora disponibilizará ao Segurado, tempestivamente, a possibilidade de impressão ou download da Apólice/certificado individual.

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

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

14.2. Forma de Contratação do Seguro

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

14.2.2. A contratação ou alteração da Apólice se dará mediante apresentação da Proposta, preenchida e assinada pelo representante legal do Estipulante, e pelo Corretor de Seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do seguro, devendo esta proposta ser protocolada na Seguradora.

14.3. Vigência

14.3.1. O início e o término de vigência do seguro dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das respectivas datas indicadas na apólice/certificado individual, obedecendo a duração **de 1 (um) ano.**

14.3.2. O período de retroatividade e/ou a data retroativa / data limite de retroatividade de cobertura estará indicada na apólice/certificado individual.

14.3.3. Nos contratos de seguros cujas propostas de seguro tenham sido recepcionadas, sem o pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta de seguro ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes e especificado na apólice/certificado individual, não havendo cobertura provisória.

14.3.4. Os contratos de seguro cujas propostas de seguro tenham sido recepcionadas, com o adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, ficará o segurado, durante o período de recepção da proposta do seguro até a efetiva aceitação, com cobertura provisória.

14.3.4.1. Em caso recusa do risco, encerra-se imediatamente a cobertura provisória e o prêmio pago, a título de adiantamento, será restituído ao proponente, no prazo máximo de dez dias corridos, a contar da data de formalização da recusa, a diferença entre o valor pago pelo proponente e o valor correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, observadas as previsões constantes nos itens 27.4 e 27.6 da Cláusula 27 – Atualização Monetária e Juros Moratórios.

CLÁUSULA 15 – RENOVAÇÃO

15.1. A renovação automática do seguro só poderá ocorrer uma única vez, e as renovações posteriores devem ser feitas, obrigatoriamente, mediante proposta preenchida e assinada pelo proponente, ou seu representante legal, estipulante ou corretor de seguros habilitado.

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

15.3. A Seguradora concede um prazo para renovação do contrato, sem perda do período de retroatividade da apólice, até 30 (trinta) dias a partir da data final da vigência da apólice a ser renovada.

15.4. 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.

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

15.6. É facultado ao segurado a contratação da Extensão do Prazo Adicional (Suplementar) no prazo indicado no item 8.1 e 8.2 da Cláusula 8 – Extensão do Prazo Adicional (Suplementar) para Reclamação.

Classificação: Uso Interno

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

15.8. Em caso de renovações sucessivas e ininterruptas da apólice na mesma seguradora, será concedido, a critério da Seguradora, o período de retroatividade de cobertura da apólice anterior e o Prazo Adicional (Complementar) para reclamações.

15.9. O segurado tem direito a ter fixado, como data limite de retroatividade em cada renovação de uma apólice à base de reclamações, a data pactuada por ocasião da contratação da primeira apólice, facultada, mediante acordo entre as partes, a fixação de outra data, anterior àquela hipótese em que a nova data prevalecerá nas renovações futuras.

CLÁUSULA 16 – DECLARAÇÕES

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

CLÁUSULA 17 – TRANSFERÊNCIA DE APÓLICES

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

a) 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;

b) 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);

c) Se a data limite de retroatividade, fixada na nova apólice, for posterior à data limite de retroatividade da apólice anterior, o segurado, na apólice vencida, a seguradora não concederá o(s) prazo(s) adicional(is).

CLÁUSULA 18 – PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

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

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

18.2.1. Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, relacionada à emissão de documentos contratuais, recuperação e acompanhamento de créditos, manutenção de cadastros ou outros custos administrativos, separadamente do prêmio comercial. Nos prêmios fracionados com incidência de juros, é facultado ao segurado antecipar total ou parcialmente o pagamento das parcelas vincendas do prêmio fracionado, mediante redução proporcional dos juros pactuados.

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

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

Classificação: Uso Interno

18.5. Configurado atraso no pagamento de quaisquer parcelas do prêmio, subsequentes à primeira, no caso de fracionamento, haverá cobrança de multa equivalente a 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez, e juros equivalentes aos praticados no mercado financeiro.

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

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

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

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

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

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

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

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

18.7.4. Findo o novo período de vigência ajustado, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento antecipado do contrato de seguro.

18.7.5. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do período de vigência da apólice/certificado individual, a seguradora poderá cancelar o contrato.

18.8. Na hipótese de evento coberto ocorrido durante o período de vigência ajustado, conforme a aplicação da tabela de prazo curto será descontada da Indenização as parcelas pendentes.

18.9. Para quitação da parcela correspondente ao prêmio na opção de débito automático, a quitação estará vinculada à confirmação de quitação da parcela, sendo que, se não houver saldo suficiente ou se o débito não for efetuado pelo banco, a parcela será considerada inadimplente.

18.10. A seguradora deverá informar ao segurado a situação de adimplência do estipulante, sempre que solicitado.

Classificação: Uso Interno

18.11. Em caso de atraso no pagamento da parcela do prêmio, a seguradora enviará notificação prévia ao segurado e/ou estipulante e/ou subestipulante (se houver) comunicando-o acerca do atraso no pagamento do prêmio, advertindo-o da necessidade de quitação da(s) parcela(s) do prêmio do seguro em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.

CLÁUSULA 19 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

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

19.1.1. Apresentação de reclamações

19.1.1.1. O Segurado, 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.

19.1.1.2. 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, administrativo ou criminal.

19.1.2. Notificações

19.1.2.1. 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 – NOTIFICAÇÕES.

19.1.3. Obrigação de Colaboração com a Seguradora

19.1.3.1. O Segurado deverá:

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

b) Pagar em dia os prêmios do seguro fixados nos documentos de cobrança;

c) Comparecer às audiências designadas e apresentar sua defesa escrita, respeitando os prazos legais, caso seja acionado judicialmente;

d) Entregar à seguradora e/ou a seus representantes todos os documentos, declarações juramentadas ou testemunhais que lhe venham a ser solicitados para efeito de determinar e/ou reduzir os limites da responsabilidade da seguradora assumidos pela apólice;

e) Colaborar com a seguradora e/ou seus representantes de todas as maneiras e, caso seja necessário, autorizar a seguradora ou seus representantes a procurar a obtenção de tais registros e qualquer outro documento ou informação, quando estes não estiverem em poder do segurado;

f) Colaborar com a seguradora na investigação, acordos extrajudiciais ou defesa de qualquer Reclamação ou litígio;

g) Colaborar com a seguradora para fazer valer qualquer direito contra qualquer pessoa física ou jurídica que possa (também) ser direta, indireta ou objetivamente responsável pela Reclamação apresentada contra si;

h) Abster-se de qualquer atividade que impeça o exercício do direito de regresso de qualquer importância paga a um reclamante; e

i) Transferir seus direitos de regresso à seguradora.

19.1.3.2. O segurado, seja por si ou por meio de representantes, não poderá reconhecer responsabilidade alguma perante terceiros, por qualquer evento que possa gerar uma Reclamação, nem celebrar transações e/ou acordos, sem a devida e específica autorização prévia, por escrito, da seguradora.

19.1.4. Avisos de Modificação do Risco

19.1.4.1. 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, para reanálise do risco e estabelecimento eventual de novas bases da apólice, respeitados os prazos e procedimentos previstos no item 14.1 da Cláusula 14 – Aceitação, Forma de contratação e Vigência, como nas seguintes situações:

a) Correção ou alteração dos dados da apólice, inclusive aqueles relacionados com as características da especialidade coberta;

b) Alteração da atividade profissional exercida;

c) Falecimento do segurado;

d) Quaisquer outras circunstâncias que agravem o risco, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

19.1.5. Aviso de Contratação de Seguros em outra Seguradora

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

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

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

19.1.6. Obrigação geral:

19.1.6.1. Durante o período de vigência do seguro, o segurado deverá exercer suas atividades observando todas as leis, normas e regulamentos a si aplicáveis, compreendendo, mas não se limitando às leis ambientais, inclusão social, entre outras.

19.1.7. Confidencialidade:

Abster-se de divulgar ou dar conhecimento seus da existência do presente seguro a seus pacientes e/ou quaisquer pessoas relacionadas a eles

CLÁUSULA 20 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

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

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

20.2. Constituem obrigações do estipulante**:**

a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

b) Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em evento coberto, de acordo com o definido contratualmente;

c) Informar ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

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

e) Repassar os prêmios à seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;

f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice/certificado individual, quando for diretamente responsável pela sua administração;

g) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o segurado;

h) Comunicar, de imediato, à seguradora a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando isto estiver sob sua responsabilidade;

i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

Classificação: Uso Interno

j) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregular quanto ao seguro contratado;

k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e

l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

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

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

a) Cobrar dos segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;

b) Efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, por escrito, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;

c) Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado; 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.

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

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

CLÁUSULA 21 – PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO E DOCUMENTOS BÁSICOS

21.1. O segurado ou seu representante legal ou o tomador, se o caso, deverá apresentar à **seguradora os documentos básicos necessários para o pagamento ou reembolso da Indenização securitária, abaixo relacionados, além daqueles que a seguradora exigir e/ou solicitar para análise mais apurada do evento, suas causas e consequências, bem como apuração dos prejuízos amparados, além de demais fatos relevantes.**

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

a) Reclamação formal do paciente/terceiro ou seu representante contra o segurado;

b) Aviso de sinistro por escrito do segurado com declaração expressa quanto sua responsabilidade no evento;

c) Registro no conselho de classe profissional (conforme alíneas j, l, m e n deste item);

d) Declaração da existência ou inexistência de outros seguros para o mesmo fim;

e) RG, CPF e comprovante de endereço do segurado;

f) No caso de Pessoa Jurídica do Segurado (no caso em que o Segurado seja o único profissional que exerça a atividade fim da pessoa jurídica constituída), contrato social para a comprovação da condição de sócio ou titular do Segurado na Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte que tenha sido acionada judicialmente

g) Defesa do segurado;

h) Procuração e contrato de serviços advocatícios;

i) RPA ou nota fiscal referente os honorários advocatícios em nome do segurado;

j) Título de especialista nas especialidades contratadas e/ou dos procedimentos que geraram a Reclamação;

k) Comprovante de conclusão da residência de Medicina ou o Registro no respectivo Conselho de Classe Profissional (CFM/CRM), no caso de médicos que acabaram de se formar, que tenham a profissão Médico Generalista, contratada na apólice;

l) 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);

Classificação: Uso Interno

m) 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;

n) 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;

o) 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;

p) 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.

q) Dados bancários do segurado.

21.2. A Seguradora, mediante dúvida fundada e justificável, se reserva o direito de solicitar quaisquer outros documentos que julgar necessário para a regulação do sinistro, observando o descrito no item 22.1 da Cláusula 22 - Pagamento da Indenização.

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 22 – PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

22.1. Fixada a indenização devida e obedecendo-se o limite máximo de responsabilidade definido na apólice/ certificado individual, a seguradora efetuará o pagamento da importância a que estiver obrigada, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da apresentação, pelo segurado ou reclamante, de todos os documentos básicos solicitados pela seguradora.

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

22.1.2. A sociedade seguradora poderá exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado ou cópia da certidão de abertura de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o sinistro, sem prejuízo do pagamento da indenização no prazo previsto.

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

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

Classificação: Uso Interno

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

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

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

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

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

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

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

22.10. 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, 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.

CLÁUSULA 23 – CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

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

23.2. O prejuízo total, relativo a qualquer sinistro amparado por cobertura de responsabilidade civil, cuja indenização esteja sujeita às disposições deste contrato, será constituído pela soma das seguintes parcelas:

a) As despesas, comprovadamente efetuadas pelo segurado durante e/ou após a ocorrência de danos a terceiros com o objetivo de reduzir sua responsabilidade; e

b) Os valores das reparações estabelecidas em sentença judicial transitada em julgado e/ou por acordo entre as partes, nesta última hipótese com a anuência expressa das seguradoras envolvidas, por escrito.

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

23.4. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos em apólices/certificados de seguro distinta (os), a distribuição de responsabilidade entre as seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

23.4.1. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do segurado, limite máximo de indenização da cobertura e cláusulas de rateio.

23.4.2. Será calculada a "indenização individual ajustada" de cada cobertura, na forma abaixo indicada:

a) 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, 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

Classificação: Uso Interno

com outras apólices/certificados de seguro serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e limites máximos de indenização. O valor restante do limite máximo de garantia da apólice/CERTIFICADO INDIVIDUAL será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os limites máximos de indenização destas coberturas; e

b) Caso contrário, a "Indenização individual ajustada" será a Indenização individual calculada de acordo com o item 22.4.1 desta cláusula.

23.4.3. Será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes apólices/certificados de seguro relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o item 22.4.2 desta cláusula.

23.4.4. Se a quantia a que se refere o item 22.4.3 desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o segurado a responsabilidade pela diferença, se houver; e

23.4.5. Se a quantia estabelecida no item 22.4.3 desta cláusula for maior que o prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele item.

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

CLÁUSULA 24 – PERDA DE DIREITOS

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

a) Agravar intencionalmente o risco objeto do contrato, ou mesmo se esse agravo 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) Cometer fraude ou tentativa de fraude, declarações falsas no questionário ou qualquer outro documento necessário para a avaliação do risco antes de sua contratação;

c) Cometer fraude ou tentativa de fraude, provocação ou simulação do sinistro, assim como agravação intencional das consequências para obter ou aumentar o valor da indenização;

d) Deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;

e) Por qualquer meio, procurar obter benefícios ilícitos deste seguro;

f) 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;

g) 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;

h) Contratar novo seguro sobre os mesmos interesses e contra os mesmos riscos, sem comunicar previamente sua intenção à seguradora;

i) Não tomar todas as providências que forem de sua obrigação ou estiverem ao seu alcance para evitar, reduzir ou não agravar os danos causados a terceiros;

j) Não comunicar a seguradora sobre alterações do risco coberto, conforme item 1.6 da Cláusula 18 – Obrigações do Segurado destas Condições Gerais;

k) Não seja habilitado para a contratação do Seguro ou não possua as comprovações necessárias exigidas na Cláusula 21 – PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO E DOCUMENTOS BÁSICOS, não haverá indenização.

24.2. 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 negado o sinistro, conforme cláusula 24.1, alínea g das Condições Gerais, no caso da não apresentação dos documentos.

Classificação: Uso Interno

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

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

I – Na hipótese de não-ocorrência do sinistro:

a) Rescindir o contrato de seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível. II

– Na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:

a) Rescindir o contrato de seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 25 – RESCISÃO / CANCELAMENTO DO SEGURO

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

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

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

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

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

a) A soma das indenizações e demais gastos e/ou despesas amparadas pelo seguro atingir o limite agregado;

b) Decorrer o prazo para pagamento do prêmio de qualquer uma das parcelas, na data indicada na apólice/CERTIFICADO INDIVIDUAL ou no documento de cobrança, independente do pagamento

Classificação: Uso Interno

à vista ou fracionado, sem que o mesmo tenha sido efetuado e observado o disposto na Cláusula 18 – PAGAMENTO DO PRÊMIO;

c) Houver fraude ou tentativa de fraude; e

d) Se ocorrer algumas das hipóteses previstas na Cláusula 24 – PERDA DE DIREITOS, sem devolução do prêmio.

CLÁUSULA 26 – SUB-ROGAÇÃO DA SEGURADORA

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

26.2. O direito de sub-rogação da seguradora poderá ser exercido em caso de falhas profissionais resultantes de atos ilícitos dolosos ou culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado.

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

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

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

CLÁUSULA 27– ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

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

27.2. Se o Índice de Preços ao Consumidor Amplo for extinto, será considerado, para efeito do cálculo da atualização monetária, o IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços do Mercado ou índice que vier a substituí-lo.

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

27.4. Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 27.1 desta Cláusula, a partir da data em que se tornarem exigíveis:

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

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

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

27.5. Os valores das Indenizações de sinistros sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 27.1 desta Cláusula, a partir da data de ocorrência do evento – ou, se for o caso de reembolso, a partir do dispêndio – até a data do efetivo pagamento, somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.

27.6. Os valores devidos a título de pagamento de Indenização ou devolução de prêmio serão acrescidos de correção monetária e juros moratórios equivalentes aos praticado no mercado financeiro, quando findado o prazo estipulado de pagamento, respeitando-se a faculdade de interrupção da respectiva contagem, quando for o caso, não for cumprido. Os juros moratórios serão calculados "pro rata temporis die", equivalentes aos praticados no mercado financeiro, contados a partir do 1º (primeiro) dia útil posterior ao término do prazo fixado até a data do efetivo pagamento.

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

Classificação: Uso Interno

CLÁUSULA 28 – PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais adotados serão aqueles determinados em lei.

CLÁUSULA 29 – FORO

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

CLÁUSULA 30 – MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

30.1. A publicidade e a promoção do seguro, por parte do estipulante e/ou 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.

30.2. 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.

CLÁUSULA 31 – CLÁUSULA ESPECIAL PARA CHEFE DE EQUIPE

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

31.1.1. Estarão amparados, como pessoa física, mediante inclusão na apólice 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,** 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.

31.2. 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.

31.3. EXCLUSÕES NÃO ESTARÃO COBERTAS PELA PRESENTE APÓLICE:

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

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

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

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

CLÁUSULA 32 – CLÁUSULA ESPECIAL PARA DIRETOR CLÍNICO E/OU DIRETOR TÉCNICO

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

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

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

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

II. Erros e/ou omissões cometidos pelos profissionais em decorrência de falhas na execução de atribuições inerentes ao seu cargo de DIRETOR TÉCNICO, desde que os profissionais estejam

Classificação: Uso Interno

devidamente registrados nos órgãos competentes (CRM, CRO ou outras entidades de classe) e estejam exercendo as atividades dentro de suas próprias especialidades;

32.2. São atribuições do DIRETOR CLÍNICO:

a) Dirigir, coordenar e orientar o Corpo Clínico da instituição;

b) Supervisionar a execução das atividades de assistência médica na instituição;

c) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição;

d) Promover e exigir o exercício ético da medicina;

e) Zelar pela fiel observância do Código de Ética Médica;

f) Observar as Resoluções do CFM e do CREMESC diretamente relacionadas à vida do Corpo Clínico da instituição. Define-se DIRETOR TÉCNICO como: médico contratado pela direção geral da instituição, e por ela remunerado, para assessorá-la em assuntos técnicos. Ele é o principal responsável médico pela instituição, não somente perante o Conselho, como também perante a Lei

32.3. 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.

32.4. EXCLUSÕES:

32.4.1. NÃO ESTARÃO COBERTAS PELA PRESENTE APÓLICE:

a) A RESPONSABILIDADE DO SEGURADO ENQUANTO CHEFE DE EQUIPE, DIRETOR CLÍNICO, DIRETOR TÉCNICO, SALVO SE CONTRATADA A OPÇÃO ESPECIAL PARA ESSAS FUNÇÕES.

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

32.5. Esta cobertura está sempre vinculada a uma especialidade da apólice, não podendo ser contratada isoladamente.

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

CLÁUSULA 33 – EMBARGOS E SANÇÕES

33.1. Para fins desta cláusula, "EMBARGOS E SANÇÕES" significam: listas ou medidas que imponham restrição, proibição ou sanção para realização de operações comerciais ou financeiras, contra jurisdições, pessoas físicas ou jurídicas ou bens e mercadorias em razão do combate à lavagem de dinheiro e/ou ao financiamento ao terrorismo, seja pela legislação brasileira, por organismos multilaterais tais como a Organização das Nações Unidas – ONU (https://nacoesunidas.org/conheca/) e o FATF-GAFI (https://www.fatf-gafi.org/), e/ou por qualquer lei ou resolução imposta por outras jurisdições tais como os Estados Unidos da América (tais como a Export Administration Regulations - EAR https://www.bis.doc.gov/index.php/regulations/export-administration-regulations-ear ou Office of Foreign Assets Control - OFAC https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/), o Reino Unido ou a União Europeia (https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/), na qual o SEGURADO, o BENEFICIÁRIO ou a operação segurada se enquadre ou venha a se enquadrar durante a Vigência desta APÓLICE. São, ainda, considerados EMBARGOS E SANÇÕES qualquer restrição, proibição ou sanção imposta pelas normas e resoluções acima mencionadas à jurisdição onde ocorreu o sinistro ou à jurisdição à qual o pagamento se destina, que impeça o pagamento da indenização.

33.2. As coberturas previstas nesta APÓLICE não se aplicam caso o SEGURADO ou BENEFICIÁRIO sofrer qualquer sanção ou restrição imposta por quaisquer EMBARGOS E SANÇÕES ou a eles relacionados, caracterizado no momento do sinistro.

33.3. Caso o SEGURADO silencie de má-fé o fato de ter sofrido qualquer restrição ou imposição de EMBARGOS E SANÇÕES, ficará caracterizado o agravamento de risco e se aplicará o disposto na Cláusula 24 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais da APÓLICE.

33.4. O pagamento de quaisquer indenizações devidas no âmbito desta APÓLICE ficará suspenso a partir da data de inclusão do SEGURADO ou do BENEFICIÁRIO ou do objeto desta Apólice nas referidas listas de EMBARGOS e SANÇÕES, sendo a cobertura reestabelecida a partir das 24 horas do dia subsequente a data de exclusão do SEGURADO das referidas listas, do BENEFICIÁRIO ou do objeto da Apólice das referidas listas de EMBARGOS e SANÇÕES.

33.5. Durante o período em que o SEGURADO, o BENEFICIÁRIO ou o objeto da APÓLICE estiverem incluídos em listas de EMBARGOS e SANÇÕES, ficam suspensos os pagamentos referentes a quaisquer indenizações pelas quais a Seguradora seja responsável nos termos desta APÓLICE. Tal suspensão ficará em vigor até que tal sanção, proibição ou restrição não seja mais aplicável ou até que tal questão seja resolvida por decisão judicial.

33.6. A Seguradora poderá, ainda, suspender pagamentos de qualquer natureza caso sejam aplicadas sanções de indisponibilidade de bens com base na Lei n° 13.810/2019 e quaisquer alterações subsequentes.

CLÁUSULA 34 – DISPOSIÇÕES GERAIS

A ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE SEGURO ESTÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.

PARA OS CASOS NÃO PREVISTOS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS, SERÃO APLICADAS AS LEIS QUE REGULAMENTAM OS SEGUROS NO BRASIL.

O SEGURADO PODERÁ CONSULTAR A SITUAÇÃO CADASTRAL DO CORRETOR DE SEGUROS E DA SOCIEDADE SEGURADORA NO SÍTIO ELETRÔNICO WWW.SUSEP.GOV.BR**.**

O REGISTRO DO PRODUTO É AUTOMÁTICO E NÃO REPRESENTA APROVAÇÃO OU RECOMENDAÇÃO POR PARTE DA SUSEP.

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

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.

Classificação: Uso Interno