

**SEGURO DE RESPONSABILIDADE
CIVIL PROFISSIONAL PARA MÉDICOS,
DENTISTAS E/OU AUXILIARES DA
MEDICINA À BASE DE RECLAMAÇÕES
COM NOTIFICAÇÃO**

VERSÃO 1.7b

Condições Gerais

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº 15414.004806/2005-03

Índice

SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL PARA MÉDICOS, DENTISTAS E/OU AUXILIARES DA MEDICINA À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÃO	5
DEFINIÇÕES ESPECÍFICAS DESTE SEGURO	5
DEFINIÇÕES GERAIS	8
SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL PARA MÉDICOS, DENTISTAS E/OU AUXILIARES DA MEDICINA À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÃO	13
DISPOSIÇÕES GERAIS	13
Cláusula 1 – OBJETO DO SEGURO	13
Cláusula 2 – CONDIÇÕES PARA VALIDADE DO SEGURO	14
Cláusula 3 – CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DA COBERTURA.....	14
Cláusula 4 - NOTIFICAÇÕES	16
Cláusula 5 – PRAZO COMPLEMENTAR PARA RECLAMAÇÕES	17
Cláusula 6 – PRAZO SUPLEMENTAR PARA RECLAMAÇÕES.....	18
Cláusula 7 – TRANSFORMAÇÃO DE APÓLICE	20
Cláusula 8 – EXCLUSÕES GERAIS	21
Cláusula 9 – ABRANGÊNCIA DAS COBERTURAS	24
Cláusula 10 – LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO	24
Cláusula 11 – ALTERAÇÃO DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO	24
Cláusula 12 – LIMITE AGREGADO ANUAL DE INDENIZAÇÃO	24
Cláusula 13 – ACEITAÇÃO, FORMA DE CONTRATAÇÃO E VIGÊNCIA	25
Cláusula 14 – RENOVAÇÃO	28
Cláusula 15 – DECLARAÇÕES	29
Cláusula 16 – TRANSFERÊNCIA DE APÓLICE	29
Cláusula 17 – PAGAMENTO DO PRÊMIO	29
Cláusula 18 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO/GARANTIDO	31

Cláusula 19 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO/ESTIPULANTE	33
Cláusula 20 – PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO E DOCUMENTOS BÁSICOS	35
Cláusula 21 – CONCORRÊNCIA DE APÓLICES	36
Cláusula 22 – PERDA DE DIREITOS	38
Cláusula 23 – CANCELAMENTO DO SEGURO	39
Cláusula 24 – PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	41
Cláusula 25 – PRESCRIÇÃO	42
Cláusula 26 – SUB-ROGAÇÃO DA SEGURADORA	42
Cláusula 27 – FORO	43
Cláusula 28 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES	43
EXTENSÃO DE COBERTURA PARA DANOS MORAIS NÃO DIRETAMENTE DECORRENTES DE DANOS MATERIAIS E/OU CORPORAIS (MÉDICOS PATOLOGISTAS E/OU AUXILIARES DE MEDICINA NESTA ESPECIALIDADE)	44
Regulamento do DEFENSOR DO SEGURADO	45
Artigo 1º – Da Constituição	45
Artigo 2º – Da Competência	45
Artigo 3º – Das Alçadas	45
Artigo 4º – Sobre o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS	46
Artigo 5º – Do Mandato	46
Artigo 6º – Do Funcionamento	47
Artigo 7º – Das Obrigações das Empresas	48
Artigo 8º – Dos Recursos para o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS	49

SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL PARA MÉDICOS, DENTISTAS E/OU AUXILIARES DA MEDICINA À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÃO

DEFINIÇÕES ESPECÍFICAS DESTE SEGURO

APÓLICE À BASE DE OCORRÊNCIA

Apólice que define como objeto do seguro o pagamento e/ou o reembolso das quantias, respectivamente, devidas ou pagas a terceiros, pelo segurado, a título de reparação de danos, estipuladas por tribunal civil ou por acordo aprovado pela sociedade seguradora, desde que:

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

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÃO

Forma alternativa de contratação de seguro de responsabilidade civil, em que se define, como objeto do seguro, o pagamento e/ou o reembolso das quantias, respectivamente, devidas ou pagas a terceiros, pelo segurado, a título de reparação de danos, estipuladas por tribunal civil ou por acordo aprovado pela sociedade seguradora, desde que:

- a) os danos tenham ocorrido durante o período de vigência da apólice ou durante o período de retroatividade; e
- b) o terceiro apresente a reclamação ao segurado:
 - 1. durante a vigência da apólice; ou
 - 2. durante o prazo complementar, quando aplicável; ou
 - 3. durante o prazo suplementar, quando aplicável;

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÃO COM NOTIFICAÇÃO

Apólice que define o sinistro como sendo de competência da Apólice durante cuja vigência a notificação tenha sido feita.

DATA-LIMITE DE RETROATIVIDADE

Data igual ou anterior ao início da vigência da primeira de uma série sucessiva e ininterrupta de apólices à base de reclamações, a ser pactuada pelas partes por ocasião da contratação inicial do seguro. 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/Garantido, individualmente considerado, na Apólice de seguro emitida por esta Seguradora.

ERRO OU OMISSÃO COMETIDO NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO DE MÉDICO, DENTISTA E/OU AUXILIAR DA MEDICINA

Qualquer ato médico, odontológico ou de auxiliar da medicina executado com culpa, assim como qualquer erro, omissão ou descumprimento do dever incorrido no exercício da especialidade segurada. Serão considerados como um único erro ou omissão, vários erros ou uma série de erros ou omissões cometidos no exercício da profissão de médico, dentista e/ou auxiliar da medicina, durante o prazo de seguro e pelos quais o Garantido/Segurado venha a ser civilmente responsável, desde que estejam relacionados entre si, derivem um do outro, tenham a mesma origem, sejam o resultado de uma mesma causa, ou tenham sido cometidos dentro do âmbito de tratamento da mesma enfermidade ou lesão do mesmo paciente.

FATO GERADOR

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

LIMITE AGREGADO

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

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

Limite máximo de responsabilidade da Seguradora, por cobertura, relativo a reclamação, ou série de reclamações decorrentes do mesmo fato gerador. Os limites máximos de indenização estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicando.

NOTIFICAÇÃO DE EXPECTATIVA DE RECLAMAÇÃO

O ato por meio do qual o Garantido/Segurado notifica a Seguradora, por qualquer meio de correspondência escrita, a respeito de possíveis fatos ou circunstâncias os quais possam dar origem a uma reclamação efetiva coberta por esta Apólice.

PERÍODO DE RETROATIVIDADE DA COBERTURA

Espaço de tempo compreendido entre a data retroativa de cobertura e a do início de vigência da Apólice em curso.

PRAZO COMPLEMENTAR

Prazo adicional para apresentação, pelo Garantido/Segurado, de reclamações de terceiros, a ele concedido obrigatoriamente pela Seguradora sem cobrança de qualquer prêmio adicional a partir do término de vigência da Apólice ou da data de seu cancelamento.

PRAZO SUPLEMENTAR PARA RECLAMAÇÕES

Prazo adicional para apresentação de reclamações de terceiros ao Segurado, oferecido obrigatoriamente, pela Seguradora, a partir do término do Prazo Complementar, mediante cobrança de prêmio adicional, desde que respeitadas as condições previstas neste contrato, e cumulativamente:

- a presente Apólice não seja renovada ou cancelada nesta Seguradora;
- se o erro ou omissão cometido no exercício da profissão de médico, dentista e/ou auxiliar da medicina, pelo qual o Garantido/Segurado venha a ser civilmente responsável tenha sido cometido durante o Prazo de Vigência do Seguro;
- se o recebimento da reclamação ou das reclamações seja apresentado por escrito à Seguradora durante o Prazo Suplementar de Reclamações
- **CASO O GARANTIDO/SEGURADO REQUISITE SUA CONTRATAÇÃO POR ESCRITO À SEGURADORA DURANTE O PRAZO COMPLEMENTAR.**

RECLAMAÇÃO

Qualquer pedido por escrito apresentado por um paciente ou seu representante que contenha:

- a) uma reclamação de indenização por qualquer erro ou omissão cometido no exercício da profissão de médico, dentista e/ou auxiliar da medicina pelo qual o Garantido/Segurado venha a ser civilmente responsável; ou
- b) a pretensão de responsabilizar o Garantido/Segurado por qualquer erro ou omissão cometido no exercício da profissão de médico, dentista e/ou auxiliar da medicina.

Considera-se também como “reclamação” qualquer pedido por escrito apresentado por um terceiro que contenha uma reclamação de indenização por qualquer acidente relacionado à existência, uso e conservação de imóveis (clínicas ou consultórios) sob controle do Garantido/Segurado e nos quais o mesmo desenvolve sua atividade profissional.

DEFINIÇÕES GERAIS

APÓLICE

Instrumento que estabelece os direitos e as obrigações das partes contratantes. É o documento emitido pela Seguradora que discrimina o objeto segurado, suas coberturas, exclusões aplicáveis e garantias contratadas pelo Segurado e, ainda:

- a) qualquer documento que se incorpore a este instrumento e que dele venha a fazer parte integrante;
- b) qualquer apêndice e/ou **endosso** a este instrumento emitido pela Seguradora.

AUXILIAR DA MEDICINA

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

DANO CORPORAL

Toda e qualquer doença ou dano corporal sofrido por uma pessoa física, inclusive a morte ou a invalidez.

DANO MATERIAL

Qualquer dano físico à propriedade tangível de terceiros, compreendendo, mas sem a elas se limitar, a deterioração ou destruição de bens, substâncias e/ou animais.

DANO MORAL

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

DATA DE APRESENTAÇÃO DE RECLAMAÇÃO

O momento em que é apresentada uma reclamação pelo paciente e/ou terceiro ao Garantido/Segurado, por meio de citação judicial, carta e/ou qualquer outro tipo de documento.

DESPESAS COM O SINISTRO

- a) Todos os gastos relativos à assistência jurídica e outros gastos necessários efetuados pelo Garantido/Segurado com o consentimento da Seguradora, a fim de realizar a investigação, acordo extrajudicial ou a defesa de qualquer

reclamação, ficando expressamente excluídos ou não cobertos os salários dos empregados, funcionários e diretores do Garantido/Segurado como também seus gastos administrativos.

- b) Para efeito da presente, os gastos incorridos pela Seguradora em nome do Garantido/Segurado serão considerados como gastos do Garantido/Segurado.
- c) Todos os gastos cujo pagamento o Garantido/Segurado for condenado a reembolsar em juízo.
- d) Todos os juros correspondentes às importâncias que, a título de compensação, o Garantido/Segurado tiver o dever de pagar com relação a uma reclamação ou reclamações, caso tais importâncias sejam indenizáveis por esta Apólice, ficando abrangidos os juros que, em virtude da lei, sentença ou acordo, tenham se acumulado antes do pagamento, oferta de pagamento ou depósito judicial por parte da Seguradora.
- e) Todos os valores expressos nesta definição integram o valor máximo do limite máximo de indenização indicado na Especificação da Apólice; portanto, não serão considerados isoladamente e/ou adicionalmente.

ENDOSSO

O documento expedido pela Seguradora durante a vigência do contrato, pelo qual esta e o Garantido/Segurado acordam quanto à alteração de dados, modificam condições ou o objeto da Apólice ou a transferem a outrem.

ESPECIALIDADE SEGURADA

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

ESTIPULANTE

A pessoa jurídica que contrata Apólice coletiva de seguros, ficando investida dos poderes de representação dos segurados perante as seguradoras.

FRANQUIA

O valor ou percentual definido na Especificação da Apólice pelo qual o Segurado fica responsável em cada sinistro indenizável. É a parte da responsabilidade sobre o sinistro que lhe cabe pagar.

FURTO

Crime contra o patrimônio que consiste em subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel.

GARANTIA ÚNICA

Aquela cujo limite máximo de indenização único por sinistro engloba as indenizações por danos corporais e/ou materiais, bem como os danos morais diretamente conseqüentes daqueles, e mais os gastos e/ou despesas cobertos por este contrato de seguro.

GARANTIDO

A pessoa física designada na Especificação da Apólice e que, na condição de profissional médico, odontológico ou auxiliar da medicina, é a razão deste contrato e de sua execução, sempre que:

- tiver solicitado a sua adesão à **Apólice** mediante a apresentação de uma proposta que contenha os detalhes e declarações relativas ao risco; e
- tiver recebido uma confirmação escrita da Seguradora em forma direta ou indireta da sua inclusão na Apólice, mas somente em seu caráter de prestador de serviços profissionais e tratamentos no exercício de sua especialidade segurada e no âmbito das atividades definidas na Especificação da Apólice e aceitas pela Seguradora.

GERENCIAMENTO DE RISCOS

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

GREVE

Ajuntamento de mais de três pessoas da mesma categoria trabalhista que se recusam a trabalhar ou a comparecer ao local de trabalho ou onde o dever os chama.

INDENIZAÇÃO

O pagamento pecuniário, reembolso ou reposição devido pela Seguradora ao Segurado, seus beneficiários ou terceiros em decorrência de sinistro coberto pela Apólice.

PACIENTE E/OU TERCEIRO

Qualquer pessoa que receba ou tenha recebido serviços e/ou tratamentos médicos, odontológicos e/ou de auxiliar da medicina proporcionados pelo Garantido/Segurado por razões de diagnóstico, profilaxia, curativos ou paliativos.

Os termos compreendem também a pessoa prejudicada pelo Garantido/Segurado, de acordo com os riscos cobertos por esta Apólice, exceto o próprio Garantido/Segurado ou seus ascendentes, descendentes, cônjuges e irmãos, bem como quaisquer pessoas que com eles residam ou que dele dependam economicamente, seus empregados e/ou prepostos.

PERÍODO DE VIGÊNCIA

O primeiro ou cada período sucessivo de 12 (doze) meses compreendidos dentro do prazo de seguro. Em caso de rescisão ou cancelamento do contrato em data anterior àquela da complementação do período de 12 (doze) meses, este último período menor do que 1 (um) ano será considerado o período de vigência da última Apólice.

PRAZO DE SEGURO

O período compreendido desde o início de vigência desta Apólice ou desde a Data Retroativa consignada na especificação, se esta for anterior, até o vencimento desta Apólice.

PRÊMIO

A importância paga pelo Garantido/Segurado à Seguradora, incluindo tributos, taxas e emolumentos, para que esta assumam os riscos contratados e expressos no presente contrato.

PROPONENTE

A pessoa física que pretende contratar o Seguro, devendo ser capaz, conforme definido em lei, e que firmou para esse fim a Proposta de Seguro.

PROPOSTA

O instrumento que formaliza o interesse do Proponente em contratar o seguro objeto deste contrato. Uma vez formalizada, a Proposta faz parte integrante da Apólice.

REGULAÇÃO DE SINISTRO

Na ocorrência de um sinistro, a análise das causas e circunstâncias para caracterização do risco ocorrido e, em face dessas verificações, a conclusão sobre sua cobertura, bem como avaliar se o Garantido/Segurado cumpriu com todas as suas obrigações legais e contratuais.

RISCO

O evento possível, futuro e incerto, independente da vontade das partes contratantes do seguro, cuja ocorrência pode dar origem à obrigação de reparar o dano e/ou o prejuízo causado.

ROUBO

Ação de subtrair coisa alheia móvel cometida mediante ameaça, com emprego de violência contra a pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência, quer pela ação física, quer pela aplicação de narcóticos, ou assalto à mão armada.

SEGURADO

A pessoa física ou jurídica com interesse segurado que contrata Apólice de Seguro. Caso o Segurado seja pessoa jurídica, fica investido dos poderes de representação dos Garantidos perante a Seguradora.

SEGURADORA

A entidade emissora da Apólice que, mediante a cobrança do prêmio, assume a cobertura contratada pelo Segurado de acordo com as Condições Gerais do seguro.

SINISTRO

A concretização do risco previsto e coberto pela presente Apólice, consistente na reclamação ou série de reclamações decorrentes de um mesmo evento.

SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL PARA MÉDICOS, DENTISTAS E/OU AUXILIARES DA MEDICINA À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÃO

CONDIÇÃO GERAL – Versão 1.7b

DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.

Cláusula 1 – OBJETO DO SEGURO

1. A Seguradora garante, nos termos destas Condições Gerais, até o limite máximo de indenização em Garantia Única, o interesse do Garantido/Segurado em relação à sua responsabilidade civil profissional, mediante a indenização dos danos causados a terceiros que o mesmo venha a ser obrigado a reparar, decorrentes de erros ou omissões cometidos no exercício da profissão de médico, dentista e/ou auxiliar da medicina, exclusivamente na especialidade segurada descrita na Apólice, pelos quais venha a ser civilmente responsável e desde que os erros ou omissões sejam cometidos durante a vigência do Seguro ou durante o período de retroatividade da Apólice.
2. Este seguro também garante, nos termos destas Condições Gerais, dentro do mesmo limite máximo de indenização em Garantia Única, o interesse do Garantido/Segurado em relação à 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, e nos quais o Garantido/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 Apólice.

Cláusula 2 – CONDIÇÕES PARA VALIDADE DO SEGURO

1. O presente plano de seguro será operacionalizado à Base de Reclamações (Claims Made) e, desta forma, a cobertura contratada somente será válida considerando-se, além da data de ocorrência do erro ou omissão cometido no exercício da profissão de médico, dentista e/ou auxiliar da medicina, a data da Notificação de Expectativa de Reclamação à Seguradora feita pelo **Garantido/Segurado** e:
 - a) que o terceiro apresente a reclamação ao Segurado:
 - a1) durante o período de vigência da apólice; ou
 - a2) durante o prazo complementar, quando cabível; ou
 - a3) durante o prazo suplementar, quando cabível;
 - b) que as reclamações estejam vinculadas a danos ocorridos durante a vigência da Apólice ou durante o período de retroatividade.
2. A cobertura das Apólices renovatórias sem descontinuidade de vigência seguirão os mesmos princípios acima estabelecidos, respeitando-se a data retroativa, conforme disposto nas Definições Gerais destas Condições Gerais.

Cláusula 3 – CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DA COBERTURA

1. Estão garantidos por este seguro, sem prejuízo das demais disposições deste contrato e até o Limite Máximo de Indenização contratado e estabelecido na Apólice, os eventos discriminados na cobertura a seguir:
 - 1.1. Responsabilidade Civil Profissional**
 - a) Reclamação por qualquer dano corporal e/ou material, bem como pelo dano moral diretamente decorrente do dano corporal e/ou material e, ainda, por todas as perdas financeiras àqueles danos diretamente relacionadas, causadas ou pretensamente causadas a um paciente por qualquer erro ou omissão cometido no exercício da profissão de médico, dentista e/ou auxiliar da medicina pelo qual o Garantido/Segurado venha a ser civilmente responsável em sentença judicial transitada em julgado, ou em acordo autorizado de modo expresso pela Seguradora;
 - b) Reclamação por dano corporal e/ou material de natureza acidental, bem como o dano moral diretamente decorrente do dano corporal e/ou material e, ainda, por todas as perdas financeiras àqueles danos diretamente relacionadas, quando formulada por terceiro em razão da responsabilidade civil do Garantido/Segurado e conseqüente da propriedade e/ou da posse, uso e conservação dos imóveis (clínicas ou consultórios) e de seus respectivos conteúdos, nos

quais e com os quais o Garantido/Segurado desenvolve as atividades próprias da sua profissão objeto deste seguro e que figuram na Especificação da Apólice como “locais segurados”, pelo qual o Garantido/Segurado venha a ser civilmente responsável em sentença judicial transitada em julgado, ou em acordo autorizado de modo expresso pela Seguradora;

c) Responsabilidade civil do Garantido/Segurado sobre o uso de toda classe de equipamentos médicos eletrônicos utilizados para fins de diagnósticos e/ou tratamentos previamente autorizados pela autoridade competente, assim como as aplicações em pacientes de materiais radioativos naturais ou artificiais liberados pelos equipamentos, desde que sejam necessárias para a obtenção do diagnóstico e/ou tratamento; e

d) Despesas com o sinistro que a Seguradora se compromete também a pagar para os riscos cobertos por esta Apólice, de acordo com o limite constante da sua especificação e demais disposições destas condições.

1.1.1. Dentro do limite máximo de indenização previsto nesta Apólice, a Seguradora responderá, também, pelas custas judiciais, pelos honorários de advogados, pela constituição de fianças que forem exigidas para assegurarem as possíveis responsabilidades civis declaradas no posterior julgamento do processo e pelas demais despesas com o processo e a defesa do Garantido/Segurado, desde que todas as despesas estejam devidamente comprovadas e sejam relacionadas a reclamações enquadráveis no âmbito de cobertura desta Apólice.

1.1.2. Excluem-se desta garantia os 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.

2. Data do Erro ou Omissão

2.1. Se a data em que foi cometido o referido erro ou omissão não puder ser determinada com exatidão, fica convencionado que o mesmo foi cometido 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 o erro ou a omissão do Garantido/Segurado.

2.2. Se tampouco a primeira conduta omissiva ou a primeira conduta comissiva puder ser determinada com exatidão, fica convencionada como “data do referido erro ou omissão” a data de início do tratamento ou da prestação de serviços durante os quais se poderia presumir que ocorreu o erro ou a omissão.

2.3. Quando vários ou uma série dos referidos erros ou omissões forem considerados como “um único e idêntico erro ou omissão”, 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.

3. **Data da Apresentação da Reclamação**

3.1. Reclamação Efetiva Realizada Pelo Paciente

3.1.1. Considera-se apresentada a reclamação no momento em que o Garantido/Segurado receber qualquer pedido por escrito apresentado por um paciente e que contenha:

- uma reclamação de indenização por qualquer erro ou omissão cometido no exercício da profissão de médico, dentista e/ou auxiliar da medicina, pelo qual o Garantido/Segurado venha a ser civilmente responsável;
- a pretensão de responsabilizar o Garantido/Segurado por qualquer erro ou omissão cometido no exercício da profissão de médico, dentista e/ou auxiliar da medicina; e
- uma reclamação de indenização apresentada por terceiro e pelos danos decorrentes da cobertura prevista na alínea “b” do item 1.1 desta cláusula.

Cláusula 4 - NOTIFICAÇÕES

1. **Notificação do Garantido/Segurado à Seguradora de uma Expectativa de Reclamação ainda não Apresentada pelo Paciente**

1.1. Quando, durante o prazo de seguro, a Seguradora receber do Garantido/Segurado uma notificação por escrito comunicando-lhe circunstâncias que poderiam dar origem a uma reclamação derivada de erro ou omissão cometido no exercício da profissão de médico, dentista e/ou auxiliar da medicina, mesmo que não tenha havido a reclamação por parte do paciente, a reclamação será considerada “apresentada” no momento da entrega da notificação daquela expectativa de reclamação pelo Garantido/Segurado à Seguradora. Nessa hipótese, será da competência desta Apólice a eventual indenização que for devida ao paciente e/ou terceiro, mesmo que a reclamação seja apresentada posteriormente pelos mesmos, de acordo com os prazos prescricionais legais.

1.2. Em qualquer dos casos acima, quando for apresentada mais de uma reclamação e/ou notificação derivada do mesmo erro ou omissão cometido no exercício da profissão de médico, dentista e/ou auxiliar da medicina, pelo qual o Garantido/Segurado venha a ser civilmente responsável, ou derivadas de vários ou de uma série de erros ou omissões que devam ser computados como “um e mesmo erro ou omissão”:

a) serão consideradas como “única e mesma reclamação e/ou notificação”;

b) considera-se apresentada a reclamação e/ou notificação no momento em que a primeira reclamação e/ou notificação, entre várias outras, for apresentada.

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

1.4. Mesmo quando contratada a cláusula de notificações, esta somente produzirá efeitos se o segurado tiver apresentado, durante a vigência da apólice, a notificação relacionada ao fato ou à circunstância que gerou a reclamação efetuada pelo terceiro prejudicado.

1.5. As notificações deverão ser apresentadas tão logo o segurado tome conhecimento de fatos ou circunstâncias relevantes que possam acarretar uma reclamação futura por parte de terceiros, nelas indicando, da forma mais completa possível, dados e particularidades, tais como:

- a) lugar, data, horário e descrição sumária do ocorrido;
- b) se possível, nome, domicílio, estado civil, profissão ou ocupação do terceiro prejudicado ou falecido, se for o caso, bem como nome e domicílio de eventual testemunha; e
- c) natureza dos danos e/ou das lesões corporais, e suas possíveis conseqüências.

Cláusula 5 – PRAZO COMPLEMENTAR PARA RECLAMAÇÕES

1. A Seguradora continuará sendo responsável pelas reclamações apresentadas após o prazo de seguro, de forma automática e sem pagamento de prêmio adicional por 3 (três) anos, contados do término da vigência da presente Apólice, e caso a mesma não seja renovada nesta Seguradora, sempre que cumulativamente:
 - a) o erro ou omissão cometido no exercício da profissão de médico, dentista e/ou auxiliar da medicina pelo qual o Garantido/Segurado venha a ser civilmente responsável tenha sido cometido durante o prazo de seguro;
 - b) o recebimento da reclamação ou das reclamações seja apresentado por escrito à Seguradora durante o Prazo Complementar de Reclamações de 3 (três) anos;
 - c) a apólice à base de reclamações for transferida para outra seguradora que não admita, integralmente, o período de retroatividade da apólice precedente;

- d) a apólice for substituída por uma apólice à base de ocorrência, ao final de sua vigência, na mesma seguradora ou em outra; e
- e) a apólice for cancelada, observado o disposto no item 5 desta cláusula.
2. O prazo complementar concedido **não** se aplica àquelas coberturas cujo pagamento de indenizações tenha atingido o respectivo limite agregado.
 3. A contratação do prazo complementar não acarreta, em hipótese alguma, a ampliação do período de vigência do contrato de seguro, aplicando-se tão somente ao prazo de apresentação de reclamações decorrentes de erros ou omissões cometidos no exercício da profissão de médico, dentista e/ou auxiliar da medicina cometidos durante o prazo de seguro.
 4. Em qualquer das situações apresentadas nesta cláusula, fica entendido e acordado que as reclamações que forem consideradas como apresentadas pela primeira vez durante o Prazo Complementar para Reclamações serão consideradas como se tivessem sido efetuadas durante o último período de vigência.
 5. O PRAZO COMPLEMENTAR NÃO APLICAR-SE-Á AOS CASOS DE CANCELAMENTO DO SEGURO POR DETERMINAÇÃO LEGAL, POR FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO OU, AINDA, POR SE TER ATINGIDO O LIMITE MÁXIMO AGREGADO.
 6. Fica, ainda, entendido e acordado que as condições desta cláusula prevalecerão acima de outras condições da Apólice no que se refere às reclamações apresentadas durante o referido Prazo Complementar para Reclamações.
 7. AS DISPOSIÇÕES DA PRESENTE CLÁUSULA NÃO ALTERAM, EM HIPÓTESE ALGUMA, O PRAZO DE SEGURO DESTA CONTRATO, APLICANDO-SE APENAS ÀS RECLAMAÇÕES DE SINISTROS OCORRIDOS DURANTE O REFERIDO PRAZO DE SEGURO, O QUAL COMPREENDE A DATA RETROATIVA DE COBERTURA CONVENCIONADA NESTA APÓLICE.

Cláusula 6 – PRAZO SUPLEMENTAR PARA RECLAMAÇÕES

1. O Garantido/Segurado terá o direito à contratação do prazo suplementar (ampliação de cobertura) para apresentação de reclamações de terceiros, uma única vez e exclusivamente durante a vigência do prazo complementar de 3 (três) anos, pagando o prêmio adicional nas formas descritas na Cláusula 17 – PAGAMENTO DO PRÊMIO, e conforme estabelecido na tabela a seguir:

Prazo Suplementar para Reclamações – além do Prazo Complementar de 3 (três) anos	Prêmio Adicional
Mais 1 (um) ano – perfazendo 4 (quatro) anos	40% do último prêmio anual
Mais 2 (dois) anos – perfazendo 5 (cinco) anos	50% do último prêmio anual
Mais 3 (três) anos – perfazendo 6 (seis) anos	60% do último prêmio anual

2. Apenas na situação de ampliação do Prazo Suplementar para Reclamações deste item prevalecerá um limite máximo de indenização em separado, equivalente ao limite máximo de indenização disponível no último dia de vigência deste contrato, que será determinado deduzindo-se apenas as indenizações efetivamente pagas.
- 2.1. 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.
3. A concessão do Prazo Suplementar somente poderá prevalecer:
- se a nova seguradora não admitir na cobertura contratada o período de retroatividade da Apólice renovada;
 - se o Segurado não renovar o seguro; ou
 - se o Segurado o renovar sob a forma de “Apólice à Base de Ocorrências”, independente da seguradora.
4. **Não será concedido prazo suplementar, mesmo quando contratado, para as coberturas cujo pagamento de indenizações tenha atingido o respectivo limite agregado.**
5. Condição para concessão do Prazo Suplementar SEM cobrança de prêmio adicional, com prazo prescricional pré-determinado
- 5.1. Desde que o Garantido/Segurado tenha mantido este seguro por um período de 3 (três) anos consecutivos sem sinistros ou notificações com esta Seguradora, o Prazo Suplementar para Reclamações será estendido de forma automática e sem pagamento de prêmio adicional até o vencimento dos respectivos prazos da prescrição legal, caso, antes do término de vigência desta Apólice, o Garantido venha a falecer ou, nos termos da legislação vigente, fique inválido de forma permanente, ou se aposente, deixando efetivamente de exercer a profissão.
- 5.2. Da mesma forma, o Prazo Suplementar para Reclamações será estendido de forma automática e sem pagamento de prêmio adicional até o vencimento

dos respectivos prazos da prescrição legal, caso as notificações já apresentadas pelo Garantido/Segurado à Seguradora, exclusivamente durante o prazo de seguro, nos termos da Cláusula 4 – NOTIFICAÇÕES, dêem origem a uma reclamação de fato por um paciente e/ou um terceiro após o prazo de seguro e dentro dos prazos prescricionais legais.

5.2.1. COM RELAÇÃO À RECLAMAÇÃO E/OU RECLAMAÇÕES APRESENTADAS PELO PACIENTE E/OU TERCEIRO NOS TERMOS DO PARÁGRAFO ANTERIOR, FICA ENTENDIDO E ACORDADO QUE AS MESMAS SERÃO DE COMPETÊNCIA DAS APÓLICES VIGENTES, RESPECTIVAMENTE, NA DATA DAS NOTIFICAÇÕES JÁ APRESENTADAS PELO GARANTIDO/SEGURADO À SEGURADORA.

6. Em qualquer das situações apresentadas nesta cláusula, fica entendido e acordado que as reclamações que forem consideradas como apresentadas pela primeira vez durante o Prazo Suplementar para Reclamações serão consideradas como se tivessem sido efetuadas durante o último período de vigência.
7. O PRAZO SUPLEMENTAR NÃO APLICAR-SE-Á AOS CASOS DE CANCELAMENTO DO SEGURO POR DETERMINAÇÃO LEGAL, POR FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO OU, AINDA, POR SE TER ATINGIDO O LIMITE MÁXIMO AGREGADO.
8. Fica, ainda, entendido e acordado que as condições desta cláusula prevalecerão acima de outras condições da Apólice no que se refere às reclamações apresentadas durante os referidos Prazo Suplementar para Reclamações.
9. AS DISPOSIÇÕES DA PRESENTE CLÁUSULA NÃO ALTERAM, EM HIPÓTESE ALGUMA, O PRAZO DE SEGURO DESTE CONTRATO, APLICANDO-SE APENAS ÀS RECLAMAÇÕES DE SINISTROS OCORRIDOS DURANTE O REFERIDO PRAZO DE SEGURO, O QUAL COMPREENDE A DATA RETROATIVA DE COBERTURA CONVENCIONADA NESTA APÓLICE.

Cláusula 7 – TRANSFORMAÇÃO DE APÓLICE

1. O Garantido/Segurado terá a possibilidade de transformação da Apólice à base de reclamações para Apólice à base de ocorrências, uma única vez e exclusivamente durante a vigência da primeira, pagando o prêmio adicional de acordo com a tabela abaixo:

Transformação da Apólice	Prêmio Adicional
Base de Reclamações para Base de Ocorrências	200% do último prêmio anual

- 1.1. No caso da transformação mencionada no item 1 desta cláusula, a opção do segurado deverá ser efetuada em formulário próprio, que passará a fazer parte integrante do contrato.
2. A vigência da apólice à base de ocorrência deve compreender a vigência e o período de retroatividade da apólice à base de reclamações.
3. A apólice será cancelada na hipótese de pagamentos de indenizações que esgotem o limite máximo de indenização da mesma.
4. A TRANSFORMAÇÃO DA APÓLICE NÃO APLICAR-SE-Á AOS CASOS DE CANCELAMENTO DO SEGURO POR DETERMINAÇÃO LEGAL, POR FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO OU, AINDA, POR SE TER ATINGIDO O LIMITE MÁXIMO AGREGADO.

Cláusula 8 – EXCLUSÕES GERAIS

1. **Não estarão amparadas por qualquer cobertura deste seguro as reclamações:**
 - a) decorrentes de erros ou omissões cometidos fora do prazo de seguro, mesmo que no exercício da profissão de médico, dentista e/ou auxiliar da medicina, o Garantido/Segurado venha a ser civilmente responsável;
 - b) apresentadas fora do prazo de seguro, exceto nos casos previstos na Cláusula 5 – PRAZO COMPLEMENTAR PARA RECLAMAÇÕES e na Cláusula 6 – PRAZO SUPLEMENTAR PARA RECLAMAÇÕES;
 - c) decorrentes de erros ou omissões cometidos no exterior e/ou submetidos à jurisdição e/ou legislação estrangeiras, mesmo que no exercício da profissão de médico, dentista e/ou auxiliar da medicina;
 - d) efetuadas como consequência de erros ou omissões cometidos no exercício da profissão de médico, dentista e/ou auxiliar da medicina pelos quais o Garantido/Segurado venha a ser civilmente responsável quando não compreendidos na especialidade segurada;
 - e) efetuadas pelo cônjuge, ascendentes, descendentes ou pessoas economicamente dependentes do Garantido/Segurado. Da mesma forma, não estarão amparadas por este contrato de seguro as reclamações relativas a acidentes ou enfermidades profissionais ocorridos durante a relação trabalhista e como resultado de seu emprego ou contratação pelo Garantido/Segurado;
 - f) efetuadas pelo seu(s) empregado(s). Da mesma forma, não estarão amparadas por este contrato de seguro as reclamações relativas a acidentes ou enfermidades profissionais ocorridos durante a relação trabalhista e como resultado de seu emprego ou contratação pelo Garantido/Segurado. Esta exclusão não aplicar-se-á às reclamações

decorrentes de erros ou omissões cometidos no exercício da profissão de médico, dentista e/ou auxiliar da medicina pelos quais o Garantido/Segurado venha a ser civilmente responsável e cometidos no âmbito da prestação de serviços ou tratamento médico, odontológico ou auxiliar da medicina a um empregado quando revestido do caráter de paciente;

g) por erros ou omissões decorrentes de atos ilícitos dolosos ou culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Garantido/Segurado, pelos sócios controladores da empresa segurada, seus dirigentes e administradores legais e pelos Beneficiários ou representantes legais de cada uma destas partes;

h) decorrentes de recusa de atendimento a pacientes, ou acidentados em situações de emergência;

i) decorrentes de assédio sexual;

j) decorrentes da prestação de serviços e/ou tratamentos que sejam proibidos por lei ou pelos regulamentos emanados de autoridades sanitárias ou outras autoridades competentes; ou não autorizados pelas autoridades judiciais competentes, quando tal autorização seria necessária; ou não reconhecidos pela ciência médica; ou não permitidos de acordo com os padrões profissionais aceitos para a prática da especialidade segurada do Garantido/Segurado. Esta exclusão não aplicar-se-á àqueles tratamentos de caráter científico-experimental, quando a condição do paciente justifique a utilização de tais tratamentos como último recurso e o paciente ou seus representantes tenham dado o seu consentimento por escrito;

k) decorrentes da violação da obrigação profissional de confidencialidade;

l) decorrentes de qualquer acerto, contrato ou compromisso do Garantido/Segurado que exceda o dever de utilizar os conhecimentos e cuidados usuais no exercício da especialidade segurada, ou em virtude do qual teria sido prometido um RESULTADO, EFEITO ou ÊXITO;

m) devidas aos danos, lesões, enfermidades ou falecimento, causados por ou decorrentes de guerra, invasão, ações de inimigos estrangeiros, hostilidades, declaração de guerra, guerra civil, rebelião, greve, terrorismo, revolução, insurreição, governo militar, usurpação de poder, guerrilha, motim ou qualquer outra perturbação de ordem pública. Esta exclusão, contudo, não aplicar-se-á se ficar demonstrado que, independente da ocorrência dos eventos descritos nesta alínea, houve responsabilidade profissional do Garantido/Segurado;

n) devidas a 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. Esta exclusão, contudo, não aplicar-se-á se ficar demonstrado que, independente da ocorrência dos eventos descritos nesta alínea, houve responsabilidade profissional do Garantido/Segurado, bem como na hipótese prevista na alínea “c” do item 1.1 da Cláusula 3 – CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DA COBERTURA;

o) por danos devidos à contaminação decorrente de transfusão de sangue, quando o Garantido/Segurado não tiver cumprido com todos os requisitos exigíveis de um profissional no exercício da especialidade segurada para a prestação, controle e aceitação de sangue, seus componentes ou hemoderivados;

p) por multas de qualquer natureza impostas ao Garantido/Segurado;

q) pela reintegração de honorários pagos pelo paciente ou outra pessoa física ou jurídica em nome do paciente com relação à provisão de serviços e/ou tratamentos;

r) decorrentes de danos genéticos;

s) decorrentes da propriedade, posse, uso ou conservação de veículos terrestres, embarcações, aeronaves ou de quaisquer outros veículos;

t) decorrentes de danos e/ou prejuízos, inclusive roubo, furto ou extravio, de bens de terceiros e/ou de empregados do Garantido/Segurado em poder do mesmo ou a ele confiados para guarda, transporte, uso, manipulação ou execução de quaisquer trabalhos. Tal exclusão também aplicar-se-á em relação a veículos de qualquer natureza nas áreas de estacionamento existentes nos locais segurados/garantidos;

u) decorrentes de obras de construção civil ou de instalação ou montagem de equipamentos e/ou de demais aparelhos;

v) relacionadas às conseqüências de receitar ou administrar medicamentos não aprovados pelas autoridades competentes, assim como a responsabilidade civil dos fabricantes de medicamentos receitados pelo Garantido/Segurado, quando o dano se origine pelo produto e não por culpa, negligência ou imperícia do Garantido/Segurado;

w) relacionadas a qualquer tipo de discriminação, como, por exemplo, racial ou sexual;

x) relacionadas às recomendações ou indicações fornecidas via

on-line/Internet ou similar, a não ser em casos específicos para pacientes já diagnosticados;

y) decorrentes de roubo, extravio ou furto de bens de qualquer espécie pertencentes a terceiros, ainda que ocorridos no interior de clínicas ou consultórios sob controle e utilizados pelo Garantido/Segurado no exercício profissional;

z) por danos resultantes de uma real ou alegada ameaça de descarga, dispersão, liberação ou escape de poluentes;

aa) relacionadas com qualquer perda, custo ou despesa de qualquer ordem ou exigência de autoridade competente, para o Garantido/Segurado testar, acompanhar, limpar, remover, conter, tratar, desintoxicar ou neutralizar poluentes, inclusive se tais operações forem executadas por iniciativa do Garantido/Segurado.

Cláusula 9 – ABRANGÊNCIA DAS COBERTURAS

Este seguro está restrito exclusivamente a reclamações apresentadas no território brasileiro.

Cláusula 10 – LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

O limite máximo de indenização de cada reclamação é o constante da especificação da Apólice. As despesas e/ou demais gastos com o sinistro indenizáveis por este contrato estão incluídas neste limite.

Cláusula 11 – ALTERAÇÃO DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

1. O limite máximo de indenização de cada reclamação poderá ser alterado:
 - a) na renovação da Apólice; e
 - b) a qualquer tempo, por solicitação formal do Garantido/Segurado.
 - 1.1. Fica a critério da Seguradora a aceitação e a alteração do prêmio, observando os prazos do item 1.2 da Cláusula 13 – ACEITAÇÃO, FORMA DE CONTRATAÇÃO E VIGÊNCIA.
 - 1.2. O novo limite prevalecerá a partir da data de sua implementação, prevalecendo o limite anterior para as reclamações relativas a sinistros já ocorridos anteriormente àquela data e a partir da data limite de retroatividade e que não sejam de conhecimento do Garantido/Segurado.

Cláusula 12 – LIMITE AGREGADO ANUAL DE INDENIZAÇÃO

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 que a Seguradora pagará com relação a todas as reclamações apresentadas ou que se

considerem apresentadas pela primeira vez contra o Garantido/Segurado em um mesmo período de vigência. Ficam compreendidas neste valor as importâncias correspondentes às despesas com o sinistro decorrente de tais reclamações.

2. O limite agregado, portanto, representa o limite máximo de indenização a ser pago pelo presente contrato de seguro, verificando-se o automático cancelamento do referido contrato sempre que a soma dos valores indenizados e das despesas pagas pela Apólice atingir o mesmo.
3. Não obstante a ampliação prevista neste item 2, fica entendido e acordado que o limite máximo de indenização continua sendo o limite máximo de responsabilidade da Seguradora por reclamação ou série de reclamações resultantes de um mesmo evento.
4. Se forem apresentadas mais de uma reclamação derivadas do mesmo erro ou omissão cometido no exercício da profissão de médico, dentista e/ou auxiliar da medicina pelo qual o Garantido/Segurado venha a ser civilmente responsável, ou derivadas de vários ou de uma série de erros ou omissões que devam ser computados como "um e o mesmo erro ou omissão", essas reclamações serão consideradas:
 - a) como uma única reclamação;
 - b) como ocorridas no momento em que a primeira "reclamação entre várias" tiver sido apresentada.
5. Será vedada a reintegração do limite máximo de indenização quando da ocorrência de sinistros cobertos, não podendo o montante das indenizações ultrapassar o limite agregado da Apólice.

Cláusula 13 – ACEITAÇÃO, FORMA DE CONTRATAÇÃO E VIGÊNCIA

1. Aceitação

1.1. Fica entendido e acordado que as informações e declarações contidas na Proposta de Seguro e/ou quaisquer outras informações relativas ao risco, fornecidas ou apresentadas pelo Garantido/Segurado, constituirão a base da concessão ao mesmo da cobertura, de acordo com a presente Apólice, considerando-se as mesmas incorporadas às presentes Condições Gerais.

1.2. Com base nas declarações prestadas pelo Garantido/Segurado na Proposta de Seguro devidamente assinada por este, seu representante legal ou corretor de seguros habilitado, a Seguradora, dentro do prazo máximo de 15 (quinze) dias contados da data do seu recebimento, se decidirá pela aceitação ou recusa do seguro, seja em alterações ou em seguros novos.

1.2.1. A Proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.

1.2.2. A Seguradora fornecerá ao proponente do seguro protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

1.2.3. Após o prazo definido neste item, e caso a Seguradora não se manifeste, será realizada a emissão da apólice ou do endosso, em até 15 (quinze) dias.

1.3. A Seguradora, dentro do prazo estabelecido no item 1.2 desta cláusula, poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração da Proposta.

1.3.1. Caso o Garantido/Segurado seja pessoa física, a solicitação poderá ocorrer apenas uma vez durante o prazo previsto no item 1.2 desta cláusula.

1.3.2. Caso o Garantido/Segurado seja pessoa jurídica, a solicitação poderá ocorrer mais de uma vez durante o prazo previsto no item 1.2 desta cláusula, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos para avaliação da proposta ou taxaço do risco.

1.4. No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta conforme descrito no item 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.

1.5. O Segurado deverá apresentar, juntamente com a Proposta de Seguro, declaração informando desconhecer quaisquer fatos ou circunstâncias ocorridas durante o período de retroatividade de cobertura que possam dar origem a uma reclamação coberta pelo seguro.

1.5.1. 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.

1.6. 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 1.2 desta cláusula caracterizará a aceitação da Proposta de Seguro.

1.7. Em atendimento à legislação em vigor, o Garantido/Segurado ou o Estipulante deverá obrigatoriamente, na contratação do seguro, fornecer à Seguradora as seguintes informações cadastrais:

1.7.1. Se for pessoa física:

a) nome completo;

- b) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF);
- c) natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição; e
- d) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código DDD.

1.7.2. Se for pessoa jurídica:

- a) a denominação ou razão social;
- b) atividade principal desenvolvida;
- c) número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); e
- d) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD.

1.8. Após a aceitação da Proposta de Seguro, o Garantido/Segurado concorda que:

a) todas as declarações e informações contidas na Proposta, assim como quaisquer outras informações relativas ao risco, constituem suas declarações juramentadas, sendo a cobertura da presente Apólice concedida com base na presunção da veracidade de tais declarações; e

b) será nula e sem efeito a concessão da cobertura em virtude da presente Apólice em caso de omissão de informações ou falsidade nas declarações contidas na Proposta e/ou quaisquer outras informações relativas ao risco que possam ter influído na aceitação do risco coberto pela presente Apólice e/ou implicado em redução do prêmio do seguro.

1.9. Qualquer modificação ocorrida na Apólice vigente que implicar ônus ou dever para os segurados dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

2. Forma de Contratação do Seguro

Este seguro é contratado a primeiro risco absoluto, tomando-se por base o valor contratado, respeitando-se o limite máximo de indenização, conforme a Cláusula 10 – LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO, destas Condições Gerais.

3. Vigência

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, obedecendo a duração mínima de 1 (um) ano, exceto nos casos onde o Segurado necessite unificar esta vigência com outras apólices.

3.2. O período de retroatividade e/ou a data retroativa de cobertura estará indicado na Apólice.

3.3. Nos contratos de seguros cujas Propostas de Seguro tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes.

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

3.4.1. O valor pago deverá ser restituído ao Segurado, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido a parcela correspondente ao período, “pro rata temporis”, em que tiver prevalecido a cobertura.

Cláusula 14 – RENOVAÇÃO

1. Antes do término da vigência da presente Apólice, a Seguradora enviará ao Garantido/Segurado ou seu corretor nova Proposta de Seguro para renovação do contrato de seguro juntamente com um questionário simplificado para a atualização de informações. A renovação do contrato de seguro não será efetivada, se não houver manifestação do Garantido/Segurado até o início do novo contrato com o pagamento da primeira parcela do prêmio. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar o contrato de seguro, o Garantido/Segurado será informado por carta, em substituição à Proposta de Renovação.
2. Fica facultado ao Garantido/Segurado a opção pela contratação do Prazo Suplementar para Reclamações no prazo indicado nestas Condições Gerais.
3. Em caso de renovação deste seguro, o início de vigência, para efeito das reclamações, será retroativo ao primeiro dia da primeira Apólice da seqüência de renovação sem interrupção, mas desde que o evento gerador da reclamação tenha ocorrido também após o início de vigência citado no início do parágrafo.
4. Em caso de renovações sucessivas e ininterruptas da Apólice na mesma Seguradora, será obrigatória a concessão do período de retroatividade de cobertura da Apólice anterior e do Prazo Complementar, bem como a previsão quanto a possibilidade de obtenção de Prazo Suplementar conforme descrito.
5. Se esta Seguradora renovar Apólice vencida de outra seguradora, poderá, mediante cobrança de prêmio adicional e desde que não tenha havido solução de continuidade do seguro, admitir o período de retroatividade de cobertura considerado na Apólice anterior.
6. Fica estabelecido que 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 15 – DECLARAÇÕES

1. O Garantido/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 ou atos que poderiam dar origem, no futuro, a uma reclamação garantida pelo seguro.

Cláusula 16 – TRANSFERÊNCIA DE APÓLICE

1. Sempre que houver a transferência de “apólice à de reclamações” para outra seguradora, que preveja a transferência plena dos riscos compreendidos na apólice precedente, fica estabelecido que:
 - a) a nova seguradora poderá, mediante cobrança de prêmio adicional e desde que não tenha havido solução de continuidade do seguro, admitir o período de retroatividade de cobertura da apólice precedente;
 - b) uma vez fixada data limite de retroatividade igual ou anterior à da apólice vencida, a seguradora precedente ficará isenta da obrigatoriedade de conceder os prazos complementar e suplementar;
 - c) se a data limite de retroatividade, fixada na nova apólice, for posterior à data limite de retroatividade precedente, o segurado, na apólice vencida, terá direito à concessão de prazo complementar e, quando contratado, de prazo suplementar; e
 - d) na hipótese prevista na alínea “c” desta cláusula, a aplicação dos prazos adicionais ficará restrita à apresentação de reclamações de terceiros relativas a danos ocorridos no período compreendido entre a data limite de retroatividade precedente, inclusive, e a nova data limite de retroatividade.

Cláusula 17 – PAGAMENTO DO PRÊMIO

1. O prêmio deste seguro deverá ser pago obrigatoriamente através da rede bancária ou outras formas admitidas em lei até as datas de vencimento estabelecidas na Apólice ou no documento de cobrança emitido pela Seguradora, o qual será encaminhado diretamente ao Segurado ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes ao corretor de seguros até 5 (cinco) dias úteis antes da data de seu vencimento.

- 1.1. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.
2. Este seguro poderá ser pago à vista ou custeado por fracionamento do prêmio, conforme o número de parcelas descrito na Apólice.
- 2.1. Em caso de parcelamento do prêmio, não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento. Nos prêmios fracionados com incidência de juros, é facultado ao Segurado antecipar total ou parcialmente o pagamento do prêmio fracionado mediante redução proporcional dos juros pactuados.
3. A falta de pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela nas datas indicadas implicará o cancelamento automático da Apólice ou endosso, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.
4. No caso de fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subseqüentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observando-se no mínimo a fração prevista na Tabela de Prazo Curto.
- 4.1. Tabela de Prazo Curto

% 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

4.2. Para os percentuais não previstos na Tabela de Prazo Curto do item 4.1 desta cláusula, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

- 4.3. A Seguradora informará ao Segurado ou seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado.
- 4.4. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos e dentro do novo prazo de vigência da cobertura, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice.
- 4.5. Findo o novo prazo de vigência da cobertura sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.
- 4.6. No caso de fracionamento em que a aplicação da Tabela de Prazo Curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato.
5. Se ocorrer um sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer de suas parcelas sem que este tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.
 - 5.1. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do contrato de seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.
6. Nos contratos de seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, a Seguradora não poderá cancelar o seguro nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.
7. **A Seguradora deverá informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante sempre que solicitado.**

Cláusula 18 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO/GARANTIDO

1. Independente de outras estipulações deste seguro, são as seguintes as obrigações do Garantido/Segurado:
 - 1.1. Apresentação de Reclamações**
 - 1.1.1. O Garantido/Segurado deverá imediatamente informar 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 relacionado com a reclamação ou petição, conforme o disposto na Cláusula 20 – PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO E DOCUMENTOS BÁSICOS.
 - 1.2. Notificações de Expectativas de Reclamações**
 - 1.2.1. O Garantido/Segurado deverá informar por escrito à Seguradora

qualquer fato e/ou circunstância que possa acarretar uma reclamação, tão logo tome conhecimento da mesma. Tal notificação deverá ser apresentada o mais rápido possível, a partir do dia em que o Garantido/Segurado tiver tomado conhecimento de 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 1.5 da Cláusula 4 – NOTIFICAÇÕES.

1.3. Prontuário Médico e Outros Registros

1.3.1. O Garantido/Segurado deverá sempre:

- a) guardar os prontuários médicos e registros com as descrições precisas de todos os tratamentos e serviços prestados, assim como os registros relativos à manutenção e/ou controle e/ou testes realizados com os equipamentos utilizados na prestação de tais serviços e tratamentos;
- b) conservar os registros mencionados acima pelo período prescricional, conforme legislação em vigor, a contar da data da prestação dos serviços e tratamentos; e
- c) para todo e qualquer efeito, a não-entrega ou não-existência da documentação acima não será motivo de recusa do sinistro, mas a indenização poderá ser prejudicada em julgamentos na esfera judicial, caso não os apresente.

1.3.2. Com a finalidade de defesa judicial do profissional médico, dentista ou auxiliar da medicina, a Seguradora ou os representantes da mesma poderão solicitar tais registros a qualquer momento.

1.4. Obrigação de Colaboração com a Seguradora

1.4.1. O Garantido/Segurado deverá:

- a) comparecer às audiências designadas e elaborar sua defesa nos prazos previstos em lei, caso seja acionado judicialmente;
- b) entregar à Seguradora 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;
- c) colaborar com a Seguradora 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 Garantido/Segurado;
- d) colaborar com a Seguradora na investigação, acordos extrajudiciais ou defesa de qualquer reclamação ou litígio;

- e) 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 o Garantido/Segurado;
- f) abster-se de qualquer atividade que impeça o exercício do direito de regresso de qualquer importância paga a um reclamante; e
- g) transferir seus direitos de regresso à Seguradora.

1.4.2. O Garantido/Segurado, seja por si ou por meio de representantes, não poderá reconhecer ou aceitar fatos, ofertas, promessas, pagamentos ou indenização sem o prévio consentimento por escrito da Seguradora.

1.5. Gerenciamento de Riscos

1.5.1. O Garantido/Segurado deverá cooperar e implementar as recomendações do gerenciamento de riscos apresentadas pela empresa responsável por esses serviços, a menos que o Garantido/Segurado tenha motivos justos de natureza médica, legal ou outros motivos justificáveis para não adotar as recomendações no exercício de sua especialidade segurada, devendo, nesse caso, comunicar à Seguradora o motivo de não estar implementando tais recomendações.

1.6. Avisos de Modificação do Risco

1.6.1. Durante o prazo de seguro, o Garantido/Segurado deverá avisar a Seguradora imediatamente por escrito a respeito de qualquer alteração que possa afetar substancialmente o risco coberto pela presente Apólice.

1.7. Aviso de Contratação de Seguros em outra Seguradora

1.7.1. Sob pena de perder qualquer direito previsto nesta Apólice, o Garantido/Segurado se obriga a:

- a) declarar à Seguradora a existência de quaisquer outros seguros que garantam as mesmas coberturas contratadas por esta Apólice; e
- b) comunicar imediatamente à Seguradora a efetivação posterior de outros seguros definidos na alínea "a".

Cláusula 19 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO/ESTIPULANTE

1. O Segurado/Estipulante deverá fornecer à Seguradora as informações cadastrais de seus clientes, inclusive dos beneficiários e seus representantes, constantes no item 1.7 da Cláusula 13 – ACEITAÇÃO, FORMA DE CONTRATAÇÃO E VIGÊNCIA, conforme legislação vigente.

1.1. No ato do pagamento de sinistro ou de devolução de prêmio, deverá ser apresentada cópia dos documentos que comprovem os dados acima informados.

- 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 resultar em sinistro de acordo com o definido contratualmente;**
 - c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;**
 - d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;**
 - e) repassar os prêmios à Seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;**
 - f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;**
 - g) discriminar a razão social ou o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;**
 - h) comunicar de imediato à Seguradora a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa assim que deles tiver conhecimento, quando isto estiver sob sua responsabilidade;**
 - i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;**
 - j) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;**
 - k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas dentro do prazo por ela estabelecido; e**
 - l) informar a razão social ou o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.**
- 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.**

4. **É expressamente vedado ao Estipulante nos seguros contributários:**
 - a) cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela Seguradora;
 - b) rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
 - c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
 - d) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a tais produtos.
5. **Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, é obrigatório que constem do Certificado Individual e da Proposta de Adesão o seu percentual e valor, devendo o Segurado ser informado sobre os valores monetários desse pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.**

Cláusula 20 – PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO E DOCUMENTOS BÁSICOS

1. Em caso de sinistro, o Garantido/Segurado deverá:
 - 1.1. Comunicar à Seguradora o recebimento da reclamação, devendo o pedido de indenização ser acompanhado dos seguintes documentos básicos para a regulação de sinistro:
 - a) Aviso de Sinistro;
 - b) relato detalhado sobre a ocorrência elaborado pelo Garantido/Segurado;
 - c) declaração de existência de outros seguros;
 - d) comprovação do pagamento do prêmio do seguro;
 - e) orçamentos, notas fiscais e/ou faturas relativas à cirurgia, atendimento ou tratamento;
 - f) comprovantes de despesas relacionadas com os prejuízos do sinistro.
2. Fornecer à Seguradora ou facilitar seu acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias e conseqüências do sinistro.
3. 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 Garantido/Segurado não poderá negociar, adquirir ou negar reclamações de terceiros prejudicados pelo sinistro sem autorização expressa da Seguradora.

4. 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 Garantido/Segurado por qualquer indenização que venha a ser civilmente responsabilizado a pagar e, além disso, a defender qualquer reclamação que se refira às condições da presente Apólice.
5. Se o acordo extrajudicial proposto pela Seguradora com relação à responsabilidade emergente em virtude da reclamação não se realizar por oposição do Garantido/Segurado, a Seguradora não assumirá os gastos adicionais pelos danos, juros e custos que excederem o valor pelo qual o acordo extrajudicial havia sido proposto.

Cláusula 21 – CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

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.
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.
3. De maneira análoga, o prejuízo total relativo a qualquer sinistro amparado pelas demais coberturas será constituído pela soma das seguintes parcelas:
 - a) as despesas de salvamento comprovadamente efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência do sinistro;
 - b) o valor referente aos danos materiais comprovadamente causados pelo Segurado e/ou por terceiros na tentativa de minorar o dano ou salvar a coisa; e
 - c) os danos sofridos pelos bens segurados.
4. A indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em hipótese alguma, o valor do prejuízo vinculado à cobertura considerada.
5. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos em Apólices

distintas, a distribuição de responsabilidade entre as seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

5.1. 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.

5.2. Será calculada a “indenização individual ajustada” de cada cobertura, na forma abaixo indicada:

a) se, para uma determinada Apólice, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de garantia, a indenização individual de cada cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outras Apólices serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e limites máximos de indenização. O valor restante do limite máximo de garantia da Apólice será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os limites máximos de indenização destas coberturas; e

b) caso contrário, a “indenização individual ajustada” será a indenização individual calculada de acordo com o item 5.1 desta cláusula.

5.3. Será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes Apólices relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o item 5.2 desta cláusula.

5.4. Se a quantia a que se refere o item 5.3 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.

5.5. Se a quantia estabelecida no item 5.3 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.

6. A sub-rogação relativa a salvados dar-se-á na mesma proporção da cota de participação de cada seguradora na indenização paga.
7. Salvo disposição em contrário, a seguradora que tiver participado com a maior parte da indenização ficará encarregada de negociar os salvados e repassar a quota-parte relativa ao produto desta negociação às demais participantes.

8. Esta cláusula não se aplica às coberturas que garantam morte e/ou invalidez.
9. O valor total da indenização não poderá ultrapassar, em hipótese nenhuma, o valor real dos prejuízos verificados.

Cláusula 22 – PERDA DE DIREITOS

1. Além dos casos previstos em lei e nas demais cláusulas das condições desta Apólice, o Segurado perderá o direito a qualquer indenização, bem como terá o seguro cancelado, sem direito a restituição do prêmio já pago, se:
 - a) houver fraude ou tentativa de fraude, declarações falsas, provocação ou simulação do sinistro e agravação intencional das conseqüências para obter ou aumentar o valor da indenização praticados pelo Garantido/Segurado, pelo beneficiado, pelo terceiro, pelos seus representantes ou prepostos;
 - b) houver o não-cumprimento das obrigações do Garantido/Segurado definidas nestas Condições Gerais;
 - c) o Garantido/Segurado, por qualquer meio, procurar obter benefícios ilícitos do seguro;
 - d) o Garantido/Segurado não se encontrar devidamente habilitado de acordo com as exigências dos órgãos reguladores da profissão, ou não tiver cumprido as exigências relativas à obtenção da especialidade segurada, ou perder um dessas condições de regularidade no curso da vigência.
2. Se o Segurado, seu representante legal ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Seguro ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de ficar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.
3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:
 - I – na hipótese de não-ocorrência do sinistro:
 - a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível;
 - II – na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:
 - a) cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo, do

prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

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, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

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

4.1. 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 cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

4.2. O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculado proporcionalmente ao período a decorrer.

4.3. Na hipótese de continuidade do contrato, a Seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

5. Sob pena de perder o direito à indenização, o Segurado comunicará o sinistro à Seguradora tão logo tome conhecimento do mesmo e adotará as providências imediatas para minorar suas conseqüências.

Cláusula 23 – CANCELAMENTO DO SEGURO

1. O seguro poderá ser cancelado a qualquer momento, mediante acordo entre o Segurado e a Seguradora, desde que tal intenção seja comunicada por escrito. A comunicação deverá ser feita 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, devendo ser observado o cumprimento do disposto nos subitens abaixo.

1.1. Na hipótese de cancelamento a pedido do Garantido/Segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto do item 4.1 da Cláusula 17 – PAGAMENTO DO PRÊMIO.

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

- 1.2. Na hipótese de cancelamento 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 cancelamento.
2. Este seguro ficará automaticamente cancelado, 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 ou no documento de cobrança, independente do pagamento à vista ou fracionado, sem que o mesmo tenha sido efetuado e observado o disposto na Cláusula 17 – PAGAMENTO DO PRÊMIO; e
 - c) houver fraude ou tentativa de fraude.
3. Se o Segurado, seu representante legal ou corretor de seguros omitir ou prestar declarações inexatas sobre circunstâncias por ele conhecidas que poderiam influir na avaliação do risco ou na não-aceitação da Proposta de Seguro, serão aplicadas as seguintes regras:
- a) a Seguradora poderá rescindir o contrato a partir da data do protocolo de entrega da comunicação da rescisão ao Segurado. A Seguradora adquire o direito ao prêmio correspondente à característica do risco constatado proporcional ao período em dias entre a data do início de vigência e a da rescisão do seguro, exceto no caso de dolo ou culpa do Segurado, quando não haverá devolução do prêmio; e
 - b) se o sinistro ocorrer antes que a Seguradora tome conhecimento dessas circunstâncias, a indenização será reduzida proporcionalmente à diferença entre o prêmio recebido e o prêmio que deveria ter sido cobrado se a Seguradora tivesse conhecimento da verdadeira característica do risco. Se for constatado dolo ou culpa do Segurado, a Seguradora ficará liberada do pagamento da indenização.
4. Este seguro ficará automaticamente cancelado nos seguintes casos:
- a) recebimento pela Seguradora de informação de qualquer alteração que possa afetar o risco;
 - b) se deixar de exercer a profissão, o Garantido/Segurado poderá rescindir a Apólice, enviando um requerimento por escrito a Seguradora que terá efeito a partir da data em que tiver cessado o exercício da profissão ou, em caso de ter abandonado a prática antecipadamente, a partir do momento em que tiver sido enviado o requerimento;
 - c) rescisão por falta de pagamento, no qual o Garantido/Segurado continuará

a ser responsável perante a Seguradora pelo pagamento da parte proporcional do prêmio anual vigente, calculado por dia até o dia em que se efetive a notificação da rescisão;

d) falecimento do Garantido/Segurado a partir da data do falecimento; e

e) insolvência civil do Garantido/Segurado a partir da decisão judicial que a reconheça.

4.1. Em qualquer das hipóteses previstas no item 4, o término do prazo de seguro coincidirá com a data de cancelamento ou rescisão.

5. Não aplicar-se-á o Prazo Complementar de 3 (três) anos nos casos de:

a) cancelamento da Apólice por determinação legal;

b) cancelamento da Apólice por falta de pagamento do prêmio; ou,

c) ser atingido o limite agregado da Apólice.

Cláusula 24 – PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

1. Fixada a indenização devida e obedecendo-se o limite máximo de responsabilidade definido na Apólice, a Seguradora efetuará o pagamento da importância a que estiver obrigada no prazo máximo de em até 30 (trinta) dias a contar da apresentação, pelo Segurado ou reclamante, de todos os documentos necessários para a liquidação do sinistro.

2. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar outros documentos e/ou informações complementares. Nesse caso, o prazo de que trata o item 1 desta cláusula será suspenso, sendo sua contagem reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

3. 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.

4. Se a reparação pecuniária devida pelo Garantido/Segurado compreender pagamento em dinheiro e prestação de renda ou pensão, a Seguradora, dentro do limite de responsabilidade previsto neste contrato, pagará preferencialmente a parte em dinheiro. Quando a Seguradora, ainda dentro daquele limite, tiver de contribuir também para o capital assegurado da renda ou pensão, ela o fará mediante o fornecimento ou a aquisição de títulos em seu próprio nome, cujas rendas serão inscritas em nome da(s) pessoa(s) com direito a recebê-las, com cláusula estabelecendo que, cessada a obrigação, tais títulos reverterão ao patrimônio da Seguradora.

5. Não havendo acordo entre o Segurado e a Seguradora quanto ao valor da indenização, será proposta a formação de uma junta composta de 2 (dois) representantes nomeados um pelo Segurado e outro pela Seguradora.

As despesas dos representantes serão suportadas separadamente pelas respectivas partes.

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

- 6. Em qualquer caso, independente do valor dos prejuízos, a indenização não poderá ultrapassar o limite máximo de indenização fixado na Apólice para cada cobertura.**

Cláusula 25 – PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

Cláusula 26 – SUB-ROGAÇÃO DA SEGURADORA

1. Ao pagar a indenização, 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 prejuízos ou para eles tenham concorrido ou, ainda, contra aqueles que, de qualquer modo, sejam responsáveis pela reparação do dano, podendo exigir, conforme o caso, do Estipulante do Segurado ou do Garantido, em qualquer tempo, instrumento de cessão adequado e demais documentos hábeis para o exercício desses direitos, obrigando-se o Segurado a facilitar os meios necessários ao exercício desta sub-rogação. Este direito não poderá ser exercido em prejuízo direto do Segurado.
2. Salvo dolo, a sub-rogação não terá lugar se o dano tiver sido causado pelo cônjuge do Segurado, seus descendentes ou ascendentes, consangüíneos e afins.
3. É exigido do Garantido/Segurado que não pratique qualquer ato que venha a prejudicar o direito de sub-rogação da Seguradora contra terceiros, responsáveis pelos sinistros cobertos pela Apólice, não sendo permitindo ao Segurado fazer, com os mesmos, acordos ou transações suscetíveis de elidir tal direito.
4. Depois de apuradas as despesas, qualquer recuperação deverá ser utilizada para reduzir o valor da indenização original, devendo tal valor de recuperação ser pago à Seguradora, devendo ainda este valor recuperado ser considerado como precedente a qualquer valor a ser efetivamente pago pela Seguradora, desde que este ainda não tenha sido efetuado.

Cláusula 27 – FORO

Fica eleito o foro do domicílio do Garantido/Segurado para dirimir as questões e litígios decorrentes deste contrato, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Cláusula 28 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES

1. Os valores devidos em caso de cancelamento da Apólice serão atualizados monetariamente, sendo a data de obrigação de restituição a data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.
2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, este será atualizado monetariamente, sendo a data de obrigação de restituição a data de recebimento do respectivo prêmio.
3. Para os casos de pagamento da indenização ou devolução do prêmio quando da recusa da Proposta de Seguro, o não-pagamento do valor devido dentro do prazo estipulado, respeitando-se a faculdade de suspensão da respectiva contagem, quando for o caso, acarretará:
 - a) atualização monetária, sendo a data de obrigação de pagamento e/ou restituição a data de ocorrência do evento ou a data de formalização da recusa;
 - b) incidência de juros moratórios de 6% a.a. (seis por cento ao ano), calculados pro rata temporis, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado.
4. O índice utilizado para atualização monetária será o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou o índice que vier a substituí-lo, sendo calculado com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento ou restituição e aquele publicado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação.
5. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á, independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

Extensão de Cobertura Para Danos Morais Não Diretamente Decorrentes de Danos Materiais e/ou Corporais (Médicos Patologistas e/ou Auxiliares de Medicina nesta Especialidade)

Considerando a Especialidade Segurada e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, fica entendido que, ao contrário do que possam dispor qualquer cláusula e/ou demais dispositivos constantes das condições do presente contrato de seguro, a cobertura relativa a danos morais contemplada nesta Apólice será também considerada, ainda que a indenização devida a tal título não seja diretamente conseqüente de dano corporal e/ou material causado a um paciente por qualquer erro ou omissão cometido no exercício da profissão de médico patologista e/ou auxiliar da medicina atuante na área de patologia clínica, mas que esteja relacionada com a prestação dos serviços profissionais médicos nesta especialidade.

Regulamento do DEFENSOR DO SEGURADO

Artigo 1º – Da Constituição

Por decisão do Conselho de Administração da **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.**, foi constituído o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**.

§ 1º– O objetivo da constituição do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** é proteger os direitos dos **Segurados** e participantes pessoas físicas e garantir a equidade de suas relações com a **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.** e a **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.** – doravante denominadas “Empresas” – mediante a apreciação e o julgamento dos eventuais conflitos de interesses que surjam na execução dos respectivos contratos de seguros ou previdência privada.

§ 2º– O recurso ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** é de caráter gratuito e só será acatado para as reclamações que não entraram na área contenciosa e que não superem o limite de alçada previsto neste Regulamento.

§ 3º– A atuação do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** estende-se aos participantes de planos de previdência e suas decisões são vinculantes à **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.**, pela anuência de seus acionistas.

Artigo 2º – Da Competência

Para o desenvolvimento de suas funções, compete ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**:

- a) Conhecer e resolver as reclamações que, dentro dos respectivos contratos, sejam formuladas por **Segurados** ou participantes, pessoas físicas, ou pelos que os sucedam neste direito específico, com exclusão das reclamações de terceiros. As resoluções deste item possuem caráter vinculante às Empresas.
- b) Analisar as cláusulas contratuais e recomendar aos respectivos Conselhos de Administração das Empresas os ajustes técnicos das coberturas e/ou introdução no contrato ou nos regulamentos operacionais de cláusulas ou regras que aperfeiçoem o relacionamento entre as partes. Tais recomendações não têm caráter vinculante; porém, sua viabilidade de implementação deve ser considerada.

Artigo 3º – Das Alçadas

As resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** serão adotadas com base no critério de equidade e, possuindo caráter vinculante às

Empresas – se aceitas pelos **Segurados** ou participantes e se a quantia do direito que se reconhece não exceder R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil), devem ser de cumprimento obrigatório pelas Empresas num prazo máximo de 8 (oito) dias corridos.

§ 1º– O reclamante poderá aceitar tais resoluções ou recorrer às ações que legalmente lhe correspondam para a defesa de seus direitos.

Artigo 4º – Sobre o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS

O Cargo de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** será exercido por pessoa devidamente habilitada, designada pelos respectivos Conselhos de Administração das Empresas. A escolha deverá recair em juristas de reconhecido prestígio ou em catedráticos das Faculdades de Direito, com preferência os que tenham experiência em entidades relacionadas ao seguro e aos planos de previdência.

§ 1º– Entende-se por pessoa devidamente habilitada aquela que atenda aos seguintes quesitos:

a) Isonomia – A inexistência de vínculo empregatício com as **Empresas** lhe confere a imparcialidade necessária que a função requer.

b) Conhecimento – Uma área tão específica requer um profissional cujo profundo domínio da instituição do seguro seja uma referência no mercado.

c) Autonomia – Uma vez analisada a reclamação relativa a contratos de seguros ou previdência privada, sua resolução será reconhecida e acatada pela **Empresa**.

d) Moral – Sua ilibada reputação é credencial para que suas resoluções sejam irrefutáveis e assumidas pelas partes como equilibradas, justas e éticas.

§ 2º– Não poderá ser considerado para o cargo aquele que esteja exercendo função de conselheiro, executivo ou funcionário das Empresas, nem pessoas que tenham parentesco com eles até o segundo grau, inclusive por afinidade.

§ 3º– **O DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** não será considerado eticamente habilitado a resolver eventuais reclamações oriundas de segurados ou participantes com quem tenha vínculo de parentesco até 2º grau, ascendentes ou descendentes, ou ainda em causa própria.

Artigo 5º – Do Mandato

A duração do cargo de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** será de 3 (três) anos. Por decisão dos respectivos Conselhos de Administração das Empresas, será admitida a recondução do titular ao cargo sucessivamente, sem limite de tempo, até que este complete 75 (setenta e cinco) anos de idade.

- § 1º– A tomada de posse do cargo determina a atribuição ao empossado do título de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** e lhe dá o poder de organizar a instituição da forma que permita facilitar e agilizar a resolução das reclamações e colaborar com recomendações aos respectivos Conselhos de Administração das Empresas, contribuindo para o aperfeiçoamento da relação jurídica contratual.
- § 2º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** pode ser destituído do cargo pelos respectivos Conselhos de Administração das Empresas a qualquer momento, após análise e deliberação embasadas em fatos que visem ao aprimoramento da função.
- § 3º– Quando ocorrer o afastamento permanente ou temporário por qualquer motivo ou a destituição do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** do cargo dentro do período de sua designação, um substituto interino deverá ser indicado em caráter de urgência pelos Presidentes dos Conselhos de Administração das Empresas. O substituto interino deverá permanecer na função até que os Conselhos de Administração das Empresas possam indicar um novo **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, que iniciará, a partir de sua nomeação, um novo mandato de 3 (três) anos.

Artigo 6º – Do Funcionamento

Podem recorrer ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** todas as pessoas físicas – segurados, participantes de planos previdenciários ou seus beneficiários legais – que, em função de sinistros ou de qualquer outra circunstância derivada do seu contrato de seguro ou regulamento de plano, tenham qualquer reclamação contra as Empresas até o limite da alçada definido neste Regulamento. Para maior agilidade do processo, a reclamação, juntamente com as demais documentações, poderá ser elaborada pelo corretor de seguros e enviada ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, desde que a referida reclamação seja assinada também pelo segurado.

§ 1º– Serão requisitos imprescindíveis para se recorrer ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**:

- a) que o reclamante tenha esgotado a via da reclamação ordinária ante os órgãos competentes das Empresas respectivas, entendendo-se que esta via estará esgotada quando:
1. exista uma decisão expressa do diretor territorial da **MAPFRE SEGUROS**;
 2. haja transcorrido um período de 60 (sessenta) dias corridos, contados desde quando o **Segurado** formulou sua reclamação escrita, e esta não tenha sido resolvida pelo diretor territorial correspondente;

b) que a reclamação seja feita na forma escrita, endereçada à Caixa Postal do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** via Correios, CEP 05804-970 – São Paulo/SP.

§ 2º– A aceitação para trâmite do processo de reclamação compete exclusivamente ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, que deverá comunicar diretamente ao reclamante, em até 8 (oito) dias corridos após o recebimento da correspondência, com cópia ao corretor e às Empresas, o seguinte:

a) a aceitação do processo para trâmite imediato e o prazo de até 2 (dois) meses (sessenta dias) para resolver o conflito;

b) a aceitação do processo sob a condição de que o **Segurado** ou participante se comprometa a fornecer os documentos complementares necessários para a reclamação. Quando a reclamação estiver em ordem quanto aos itens requisitados, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** comunicará ao reclamante e às Empresas que o mesmo entrará em tramitação. A partir desse momento, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** terá o prazo de até 2 (dois) meses (sessenta dias) para sua resolução;

c) sua não-aceitação, indicando as causas que assim as justifiquem.

§ 3º – Após o trâmite da reclamação, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** comunicará por escrito a sua resolução e o motivo pelo qual ela foi tomada diretamente ao reclamante, com cópia ao seu corretor e às Empresas.

§ 4º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** solicitará de cada uma das Empresas, por meio dos diretores territoriais, todas as informações de que necessite relacionadas às reclamações admitidas para trâmite, e as Empresas as atenderão num prazo máximo de 8 (oito) dias corridos.

§ 5º– Os diretores-presidentes das Empresas ordenarão o cumprimento das resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** que tenham sido aceitas pelo reclamante em até 8 (oito) dias corridos, já que possuem caráter obrigatório. No caso das recomendações que não sejam vinculantes, elas deverão ser encaminhadas para análise de aplicação.

§ 6º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** redigirá, a cada ano, até o dia 28 de fevereiro, um relatório de sua atuação, que apresentará aos presidentes dos respectivos Conselhos de Administração das Empresas.

Artigo 7º – Das Obrigações das Empresas

As resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** são de caráter vinculante às Empresas, razão pela qual a **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.**

e a **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.** obrigam-se a aceitá-las, desde que estejam dentro do limite de alçada determinado neste Regulamento e desde que sejam aceitas pelo reclamante.

§ 1º– As recomendações do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** com relação à modificação de cláusulas contratuais e/ou aos ajustes técnicos nos contratos e regulamentos operacionais das Empresas não são obrigatórias e podem, ou não, ser aceitas.

§ 2º– Cada uma das Empresas tem a obrigação de, no fim de cada mês, informar ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** a situação final de cada uma das reclamações que tenham sido tramitadas por ele e sobre as quais decidiu.

§ 3º– O Conselho de Administração dará instruções a cada uma das Empresas sobre a divulgação eficaz aos Segurados, Participantes e Corretores sobre a existência do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, assim como seus objetivos e as normas que regulam sua atuação, além das condições obrigatórias para a aceitação das reclamações e dos procedimentos para sua tramitação.

Artigo 8º – Dos Recursos para o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS

O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá dos meios necessários para o exercício independente de suas funções, que lhe será garantido pelos órgãos superiores das Empresas por meio da pré-aprovação de um orçamento anual.

§ 1º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá de instalações e organização próprias fora das instalações das Empresas envolvidas, contando com os equipamentos necessários às suas atribuições.

§ 2º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá de uma caixa postal de seu uso exclusivo, onde receberá diretamente a correspondência dos segurados.

§ 3º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** contará com a colaboração dos diretores-presidentes das Empresas, que garantirão o bom e pleno funcionamento das relações entre o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** e os diversos órgãos das Empresas.

Disque Fraude

0800-775-7333

Todos contra a fraude

A atuação ética é um dos princípios institucionais da MAPFRE no mundo. É por esse motivo que instituímos, de forma pioneira no Brasil, o DISQUE FRAUDE, um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo. Coragem e respeito por você nos permitem ser ousados para exigir processos e produtos transparentes, sempre.

