

CONDIÇÕES GERAIS

UNIMED RCP INSTITUIÇÕES

SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL
PARA HOSPITAIS, CLÍNICAS MÉDICAS E
ODONTOLÓGICAS, CONSULTÓRIOS, LABORATÓRIOS,
OPERADORAS DE SAÚDE E INSTITUIÇÕES SIMILARES

RAMOS ELEMENTARES



Prezado(a) Segurado(a),

Primeiramente gostaríamos de agradecer pela decisão de contratar o **Unimed RCP Instituições** e por escolher a **Seguros Unimed** para ser a Seguradora que irá protegê-lo.

É com muita satisfação que disponibilizamos a você as Condições Gerais e, se aplicáveis, Condições Especiais e Particulares do **Seguro de Responsabilidade Civil Profissional para Hospitais, Clínicas Médicas e Odontológicas, Consultórios, Laboratórios, Operadoras de Saúde e Instituições Similares** que garantirão a proteção da sua Instituição de Saúde e ressaltamos a importância da leitura e compreensão das cláusulas que regem o seguro contratado.

A equipe da Seguros Unimed está à disposição para atendê-lo caso tenha qualquer dúvida em relação ao seguro contratado.

Para nós é uma honra tê-lo como segurado, por isso colocamos à disposição para mais esclarecimentos pelos telefones:

Atendimento Nacional: 0800 016 6633 das 8h às 20h em dias úteis

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611 das 8h às 20h em dias úteis

Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565 das 9h às 18h em dias úteis

SUMÁRIO

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES.....	4
2. DEFINIÇÕES.....	4
3. OBJETIVO DO SEGURO.....	10
4. FORMA DE CONTRATAÇÃO	11
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO	11
6. COBERTURAS	11
7. RISCOS EXCLUÍDOS	11
8. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI)	14
9. LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG)	15
10. LIMITE AGREGADO (LA)	15
11. VIGÊNCIA DO SEGURO.....	15
12. PERÍODO DE RETROATIVIDADE	16
13. FRANQUIA PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS)	16
14. RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	16
15. PRAZO COMPLEMENTAR	17
16. PRAZO SUPLEMENTAR.....	17
17. ACEITAÇÃO DO RISCO.....	18
18. INSPEÇÕES	19
19. ALTERAÇÃO DE RISCOS E VALORES CONTRATADOS	19
20. PAGAMENTO DO PRÊMIO	21
21. JUROS DE MORA.....	23
22. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	23
23. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	24
24. VISTORIA DO SINISTRO	28
25. PERDA DE DIREITO.....	28
26. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES.....	30
27. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES CONTRATADOS.....	31
28. TRANSFERÊNCIA DE APÓLICE	32
29. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS	32
30. DOCUMENTOS DO SEGURO	33
31. RESCISÃO E CANCELAMENTO.....	33
32. LEGISLAÇÃO APLICÁVEL.....	34
33. PRESCRIÇÃO.....	34
34. FORO.....	34
35. ARBITRAGEM	34
36. OUVIDORIA	34

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

O **Unimed RCP Instituições** é um seguro de **Responsabilidade Civil Profissional**, com cobertura específica para **Hospitais, Clínicas Médicas e Odontológicas, Consultórios, Laboratórios, Operadoras de Saúde e Instituições Similares**.

A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

2. DEFINIÇÕES

Abaixo estão as definições de termos e expressões específicos constantes nas Condições Gerais e, se aplicáveis, Condições Especiais e Particulares.

ACEITAÇÃO DO SEGURO: Ato de aprovação de proposta submetida à Seguradora para a contratação de Seguro. A aceitação do seguro ficará sujeita à análise do risco.

AGRAVAMENTO DO RISCO: Circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora.

ÂMBITO GEOGRÁFICO: Local que determina a abrangência da cobertura da Apólice.

APÓLICE: Documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade Seguradora e do Segurado e discriminando as garantias contratadas.

APÓLICE À BASE DE OCORRÊNCIAS: Aquela que define, como objeto do seguro, o pagamento e/ou o reembolso das quantias, respectivamente, devidas ou pagas a terceiros, pelo Segurado, a título de reparação de danos, estipuladas por tribunal civil ou por acordo aprovado pela 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 RECLAMAÇÕES: Aquela em que se define, como objeto do Seguro, o pagamento e/ou reembolso das quantias, respectivamente, devidas ou pagas a terceiros, pelo Segurado, a título de reparação de danos, estipuladas por tribunal civil ou por acordo aprovado pela sociedade Seguradora, desde que:

- a) Os danos tenham ocorrido durante o período de vigência da apólice ou durante o período de retroatividade contratualmente previsto;
- 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 RECLAMAÇÕES, COM NOTIFICAÇÃO: Tipo especial de contrato celebrado com Apólice à Base de Reclamações, que possibilita, ao Segurado, registrar, formalmente, junto à Seguradora, fatos ou circunstâncias danosos ou potencialmente danosos, cobertos pelo Seguro, mas ainda não reclamados, vinculando a apólice atual vigente a reclamações futuras que vierem a ser

apresentadas por terceiros prejudicados. Se o Segurado não tiver registrado, na Seguradora, o evento danoso ou potencialmente danoso, e este vier a ser reclamado, no futuro, por terceiros prejudicados, poderá haver a perda do direito à indenização ou, se isto não ocorrer, será acionada a apólice que estiver em vigor por ocasião da apresentação da reclamação.

ATO ILÍCITO: Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

ATO ILÍCITO CULPOSO: Ações ou omissões involuntárias, que violem direito e causem dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, decorrentes de negligência, imperícia ou imprudência do responsável, pessoa física ou jurídica.

ATO ILÍCITO DOLOSO: Ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

ATO PROFISSIONAL (médico, odontológico ou demais atividades relacionados à prestação de serviços da saúde): Procedimento profissional prestado a terceiros, no local de risco coberto pela apólice, realizado por médico, empregado ou não, e/ou todos os seus empregados reconhecidos como profissionais de saúde habilitados junto aos seus Órgãos de Classe, em todos os níveis de atenção e complexidade, incluindo, mas não limitando a consultas médicas, consultas odontológicas, prescrições e/ou administração de medicamentos, procedimentos cirúrgicos, tratamentos, serviços laboratoriais, laudos médicos, serviços de enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia e demais procedimentos necessários à prestação de serviços de saúde.

AVISO DE SINISTRO: É a comunicação formal específica de uma reclamação de terceiro que o Segurado é obrigado a fazer com a finalidade de dar conhecimento imediato à Seguradora sobre ocorrência do sinistro. O aviso pode ser efetuado durante o período de vigência ou durante os prazos complementar ou suplementar da apólice.

CANCELAMENTO DO SEGURO OU COBERTURA: Dissolução antecipada do contrato de seguro, em sua totalidade, por determinação legal, acordo, esgotamento do limite agregado da apólice, perda de direito e inadimplência do Segurado, ou parcialmente, em relação a uma determinada cobertura, por acordo ou exaurimento do limite máximo de indenização ou agregado da mesma. O cancelamento do Seguro, total ou parcial, por acordo entre as partes, denomina-se RESCISÃO.

COBERTURAS BÁSICAS: Corresponde aos riscos básicos cobertos pelo seguro contratado.

COBERTURAS ADICIONAIS: São as coberturas complementares às coberturas básicas concedidas mediante pagamento de prêmio adicional.

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto das cláusulas, comuns a todas as coberturas do seguro contratado, que determinam os direitos e deveres das partes contratantes, Segurado e Seguradora.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Conjunto de cláusulas específicas relativas às coberturas do seguro contratado, que eventualmente possam alterar as Condições Gerais.

CONDIÇÕES PARTICULARES: Conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais do seguro contratado, através de modificação ou cancelamento das disposições já existentes, ou, ainda, através de introdução de novas cláusulas que eventualmente ampliem ou restrinjam a cobertura securitária contratada.

CORRETOR: Profissional autorizado pelos órgãos competentes para promover a intermediação de Contratos de Seguro e sua administração.

CULPA: Na Responsabilidade Civil, os atos ilícitos praticados são classificados como dolosos ou culposos.

Os atos ilícitos culposos estão associados a um comportamento negligente, imprudente, ou imperito.

CULPA GRAVE: A culpa grave se aproxima do dolo, sendo motivo para a perda de direito por parte do Segurado. Devido ao seu caráter jurídico especial, a culpa grave somente pode ser estabelecida por sentença de corte civil.

CUSTO DE DEFESA: São todos os emolumentos, custas, honorários advocatícios, honorários periciais, honorários do assistente técnico, encargos de tradução, depósitos recursais, fianças e demais despesas (judiciais ou extrajudiciais) necessárias para a defesa do Segurado por decorrência de uma reclamação coberta pelo presente Seguro.

DANO: É o prejuízo sofrido pelo Segurado e indenizável ou não, de acordo com as condições gerais e, se aplicáveis, especiais e particulares do seguro contratado. Os danos são classificados em corporais, estéticos, materiais e/ou morais.

DANO CORPORAL: Lesão exclusivamente física causada ao corpo da pessoa. Danos classificáveis como mentais, psicológicos ou estéticos não estão abrangidos por esta definição.

DANO ESTÉTICO: Se caracteriza pela redução ou eliminação permanente do padrão de beleza anterior ao ato culposos, mas sem a ocorrência de sequelas que interfiram na funcionalidade do organismo ou na saúde física do indivíduo.

DANO MATERIAL: Danos causados a propriedade tangível, entendidos pela presente apólice como lucros cessantes, despesas médicas e hospitalares, medicamentos, viagens, contratação de serviços de enfermeiros, psicólogos e demais prejuízos auferidos pelo reclamante decorrente de um ato médico.

DANO MORAL: Lesão, praticada por outrem, ao patrimônio psíquico ou à dignidade da pessoa, ou, mais amplamente, aos direitos da personalidade, causando sofrimento, constrangimento, desconforto e/ou humilhação, independente da ocorrência conjunta de danos materiais, corporais ou estéticos. Para as pessoas jurídicas, o dano moral está associado a ofensas ao nome ou à imagem da empresa, normalmente gerando perdas financeiras indiretas, não contabilizáveis, independente da ocorrência de outros danos.

DATA 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.

DESPESAS EMERGENCIAIS: Gastos realizados pelo Segurado em caráter de urgência, com o objetivo de tentar evitar e/ou minorar os danos causados a terceiros, desde que sejam cobertos pelo Seguro.

DIRETOR CLÍNICO: Profissional representante e coordenador do corpo clínico no concerto administrativo do hospital e por esta razão deve ser eleito de forma direta pelos médicos da instituição. É o elo entre o Corpo Clínico e a Direção Técnica e/ou Direção Geral da instituição.

DIRETOR TÉCNICO: Profissional contratado pela direção geral da instituição, e por ela remunerado, para assessorá-la em assuntos técnicos. Ele é o principal responsável pela instituição, não somente perante o Conselho, como também perante a Lei.

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

EMOLUMENTOS: Soma em dinheiro paga à Seguradora, relativa aos custos e imposto sobre operações

financeiras que, acrescida ao prêmio líquido e adicional de fracionamento, representa o prêmio total da apólice ou endosso.

ENDOSSOS: Documento, emitido pela Seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o Segurado.

ERRO OU OMISSÃO COMETIDO NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL: Qualquer ato profissional (médico, odontológico ou demais atividades relacionados à prestação de serviços da saúde) executados com culpa, assim como qualquer erro, omissão ou descumprimento do dever incorrido no exercício da atividade profissional. 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 ou outros profissionais da saúde, no local de risco coberto pela apólice, durante o prazo de seguro e pelos quais o Segurado venha a ser civilmente responsável, desde que estejam relacionados entre si, derivem um do outro, tenham a mesma origem, sejam o resultado de uma mesma causa, ou tenham sido cometidos dentro do âmbito de tratamento da mesma enfermidade ou lesão do mesmo paciente, assim como estejam relacionados à prestação de serviços do Segurado no momento da contratação do seguro.

FATO GERADOR: Acontecimento acidental e imprevisto que resulta em dano corporal, estético, material e/ou moral causado a um terceiro decorrente de um ato, profissional (médico, odontológico ou demais atividades relacionados à prestação de serviços da saúde) incidental coberto pela apólice. O fato gerador deve ter ocorrido entre o início da data de retroatividade e fim de vigência da apólice. Se a data do fato gerador não puder ser determinada com exatidão, ou caso não haja acordo entre Seguradora e Segurado, fica convencionado que o momento em que se deu o primeiro ato ou conduta omissiva ou comissiva definida como negligente, imprudente ou imperita. Caso a primeira conduta não possa ser definida com exatidão, fica convencionada a data que pela primeira vez o Segurado iniciou a prestação de serviços médico ao terceiro.

FRANQUIA E/OU PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS): Valor determinado na apólice pelo qual o Segurado responde obrigatoriamente pelos prejuízos de um sinistro coberto. Pode ser um valor fixo, denominado franquia ou um percentual aplicável sobre os prejuízos reclamados, denominado POS. A responsabilidade da Seguradora inicia-se apenas e tão somente no que excede ao valor da franquia.

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

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

A imperícia pode ser vista como caso particular de imprudência.

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

INDENIZAÇÃO: Em caso de sinistro, corresponde ao pagamento e/ou reembolso, até o Limite Máximo de Garantia da Apólice (ou até o Limite Máximo de Indenização por cobertura contratada), das quantias que o Segurado foi judicialmente condenado a pagar a terceiros prejudicados, e/ou despendeu tentando evitar o sinistro ou minorar as suas consequências.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: Data mencionada na apólice a partir da qual as coberturas serão garantidas pela

Sociedade Seguradora.

LIMITE AGREGADO (LA): Valor total máximo indenizável por cobertura no contrato de seguro, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos ou despesas 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 GARANTIA (LMG): Valor máximo de responsabilidade assumida pela Seguradora em cada apólice, por evento ou série de eventos. Na hipótese de a soma das indenizações, decorrentes do mesmo fato gerador, atingirem o LMG, a apólice será cancelada.

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI): Limite máximo de responsabilidade da sociedade Seguradora, por cobertura, relativo à reclamação, ou série de reclamações decorrentes do mesmo fato gerador. Os limites máximos de indenização estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicando.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS: Pagamento da indenização ou reembolso relativo a um sinistro coberto pela apólice.

LOCAL DE RISCO: O próprio local segurado e suas filiais, desde que devidamente informadas no questionário no momento da avaliação do risco e desde que aceito por esta Seguradora. Excepcionalmente, estarão cobertos os locais de riscos utilizados pelo Segurado para realização de procedimentos de saúde que exijam estrutura clínico-hospitalar comprovadamente mais complexa se comparada aos locais de risco indicados no mencionado questionário de avaliação. A cobertura abrangerá apenas a responsabilização do Segurado, não se estendendo ao proprietário, locador ou qualquer outra pessoa, física ou jurídica, vinculada ao local onde se realizou o ato médico.

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

NOTIFICAÇÃO: Nas Apólices à Base de Reclamações, com Cláusula de Notificações, é o ato por meio do qual o Segurado comunica à Seguradora, por escrito, durante a vigência da apólice, fatos ou circunstâncias potencialmente danosos, cobertos pelo Seguro, vinculando a apólice então em vigor a reclamações futuras de terceiros.

PACIENTE: Pessoa que utiliza os serviços, médicos, odontológicos ou outros serviços relacionados à área da saúde, prestados pelo Segurado. Todo Paciente é um Terceiro.

PERÍODO DE RETROATIVIDADE: Corresponde ao espaço de tempo compreendido entre a data de retroatividade e o início de vigência da apólice vigente.

PRAZO COMPLEMENTAR: Prazo adicional para a apresentação de reclamações ao Segurado, por parte de terceiros, concedido, obrigatoriamente, pela Seguradora, sem cobrança de qualquer prêmio adicional, tendo início na data do término de vigência da apólice não renovada.

PRAZO SUPLEMENTAR: Prazo adicional para a apresentação de reclamações ao Segurado, por parte de terceiros, oferecido, obrigatoriamente, pela Seguradora, mediante a cobrança de prêmio adicional, tendo início na data do término do Prazo Complementar. Esta possibilidade deve ser invocada pelo Segurado, de acordo com procedimentos estabelecidos na apólice.

PRÊMIO: Importância paga pelo Segurado à Seguradora para que esta lhe garanta as coberturas contempladas na apólice.

PRESCRIÇÃO: Perda de direito de propor uma ação depois de ultrapassado o prazo que a lei determina

para reclamar-se um interesse.

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO À SAÚDE: É a atividade exercida na área da Saúde, voltada ao atendimento físico e psíquico da pessoa humana, e ao atendimento físico de animais, tais como tratamentos, consultas, exames, diagnósticos, cirurgias e demais procedimentos inerentes à área da saúde.

PRIMEIRO RISCO ABSOLUTO: Forma de contratação em que a Seguradora responde pelo valor integral de qualquer sinistro até o Limite Máximo de Indenização da cobertura reivindicada e/ou Limite Máximo de Garantia da apólice contratada.

PRO RATA (TEMPORIS): É o cálculo do prêmio do seguro, proporcional aos dias de vigência do contrato.

PROPOSTA DE SEGURO: É o instrumento que formaliza o interesse do proponente em contratar o seguro.

QUESTIONÁRIO: Documento enviado pelo Segurado à Seguradora com a finalidade de analisar e dimensionar o risco objeto da cobertura do Seguro. É parte integrante da Apólice e deve ser devidamente assinado pelo Segurado ou seu Representante.

RECLAMAÇÃO: É a ação judicial ou extrajudicial, ou qualquer outro tipo de demanda pecuniária do terceiro prejudicado contra o Segurado por atos profissionais (médico, odontológico ou demais atividades relacionados à prestação de serviços da saúde) danosos e cobertos pelo presente seguro.

RECLAMANTE: Vítima (paciente) ou dependente que apresenta pedido de indenização ao Segurado.

REGULAÇÃO DE SINISTRO: Conjunto de procedimentos realizados na ocorrência de um sinistro para apuração de suas causas, circunstâncias e valores envolvidos, com vistas à caracterização do risco ocorrido e seu enquadramento no seguro.

RESPONSABILIDADE CIVIL: É a obrigação imposta por lei, a cada um de responder pelo dano que causar a outrem. A responsabilidade civil pode provir de ação praticada pelo próprio agente ou por pessoas sob sua responsabilidade.

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

RISCO EXCLUÍDO: Todo evento danoso não elencado entre os riscos cobertos na Apólice de Seguro.

SEGURADO: É a pessoa jurídica, Hospital, Clínica Médica e Odontológica, Consultório, Laboratório, Operadora de Saúde e Instituição Similares, contratante do seguro devidamente designado na presente apólice e também as pessoas físicas que tenham cargo de Diretor Clínico e/ou Diretor Técnico, tenham comprovação de vínculo empregatício e, desde que, estejam prestando serviços no local de risco segurado e em nome do Segurado pessoa jurídica.

SEGURADORA: Empresa legalmente constituída e devidamente regulamentada pela SUSEP, para assumir e gerir riscos, devidamente especificada no contrato de seguro.

SENTENÇA JUDICIAL TRANSITADA EM JULGADO: É o termo jurídico que define a decisão emanada pelo Poder Judiciário contra a qual não se pode mais interpor qualquer recurso.

SINISTRO: É a concretização de um risco coberto que se caracteriza pela atribuição, ao Segurado, da responsabilidade pela ocorrência de um evento danoso, causando danos a terceiros, atendidas as disposições do contrato. Caso não esteja coberto pelo contrato de seguro, é denominado evento danoso não coberto ou evento não coberto.

SUB-ROGAÇÃO: Direito que a lei confere ao Segurador, que pagou a indenização ao terceiro ou

reembolso ao Segurado, de assumir seus direitos contra os terceiros responsáveis pelos prejuízos.

SUSEP - SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS: É a autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de Seguros no Brasil.

TABELA DE PRAZO CURTO: São níveis percentuais estabelecidos neste seguro, para devolução de prêmios pagos à Seguradora, ou para determinar o prazo de vigência do seguro, no caso de não pagamento de uma das parcelas do prêmio.

TERCEIRO: Trata-se do prejudicado por ato ou fato cuja responsabilidade é atribuída ao Segurado. O seguro objetiva, justamente, cobrir os prejuízos financeiros que eventualmente o Segurado venha a ter em ações civis propostas por terceiros prejudicados.

VIGÊNCIA DO CONTRATO: Intervalo contínuo de tempo, fixado no contrato, em que o Segurado só poderá reivindicar a garantia durante a mesma, relativa a sinistros ocorridos entre a data de retroatividade, inclusive, e o término da vigência do contrato, ressalvada a possibilidade de apresentação de reivindicações da garantia durante o prazo complementar e/ou, se aplicável, prazo suplementar.

VÍNCULO EMPREGATÍCIO: Para fins destas condições gerais, forma pela qual a Instituição de Saúde e seus profissionais com cargo de Diretor Clínico e/ou Diretor Técnico celebram a prestação de serviços entre si, podendo ser por regime CLT, contrato de prestação de serviços, entre outras.

3. OBJETIVO DO SEGURO

3.1. O objetivo deste seguro é o pagamento, a título de indenização ao terceiro prejudicado ou reembolso ao Segurado, até o Limite Máximo de Garantia fixado na apólice, dos valores que o Segurado venha a ser civilmente responsável por sentença judicial transitada em julgado ou acordo previamente autorizado de modo expresso pela Seguradora, decorrente de danos causados pela prestação de serviços médicos, odontológicos ou demais atividades relacionadas à prestação de serviços à saúde.

3.2. Este seguro garante também os custos para a defesa do Segurado decorrente de risco coberto, observado o Limite Máximo de Garantia da apólice.

3.3. Fica esclarecido entre as partes que esta Apólice é à Base de Reclamações com Notificação, ou seja, tem como objetivo o pagamento, de indenização securitária ao terceiro ou reembolso ao Segurado com base em reclamações apresentadas à Seguradora entre o início de vigência da apólice e o fim do prazo complementar e, se aplicável, do prazo suplementar, e desde que o fato gerador tenha ocorrido entre a data de retroatividade e o fim de vigência da presente apólice.

3.4. O Segurado deverá notificar à Seguradora a ocorrência de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias que possam originar uma reclamação, cuja inobservância poderá acarretar a perda do direito à indenização.

3.5. Quando válida, a notificação, resguarda os direitos contratuais do Segurado nas hipóteses de evento coberto em reclamações futuras.

Para ser considerada válida a notificação deverá conter:

- 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 o nome e domicílio de eventuais testemunhas;
- c) Natureza dos danos e/ou das lesões corporais, e suas possíveis consequências; e

d) Demais documentos que possam influir na análise do evento notificado.

4. FORMA DE CONTRATAÇÃO

Este seguro está sendo contratado na forma de primeiro risco absoluto.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

O presente seguro abrangerá reclamações iniciadas em qualquer parte do território brasileiro, desde que os eventos tenham ocorrido nas dependências (locais de risco) declaradas pelo Segurado ou em locais, devidamente alugados para realização de procedimentos não compatíveis com as dependências do Segurado.

6. COBERTURAS

Desde que observadas todas as disposições desta apólice e desde que decorrentes de atos danosos cometidos contra terceiros no exercício de suas atividades profissionais, nos locais de riscos do Segurado e por profissionais da área da saúde que estejam prestando serviço em seu nome, vinculados ao objeto do presente seguro, as coberturas abaixo previstas garantem ao Segurado, até o Limite Máximo de Garantia fixado na apólice:

6.1. Indenização ou Acordos

O pagamento de indenização ao terceiro ou o reembolso ao Segurado, em decorrência de sentença judicial transitada em julgado contra o Segurado, ou por acordo entre este e os terceiros prejudicados, desde que tenha havido, neste último caso, a anuência prévia e expressa da Seguradora.

6.2. Custos de Defesa

6.2.1. Custos de defesa do Segurado em processos judiciais civis e/ou procedimentos administrativos propostos por terceiros em face do Segurado visando responsabilizá-lo por danos corporais e/ou danos estéticos e/ou danos materiais e/ou danos morais.

6.2.2. Custos de defesa na esfera disciplinar, em defesas e esclarecimentos perante os respectivos conselhos.

6.2.3. Custos de defesa na esfera criminal, caso o Segurado seja indiciado ou processado criminalmente por atos profissionais.

6.3. Despesas Emergenciais

Despesas, devidamente comprovadas, realizadas pelo Segurado ao empreender ações emergenciais para tentar evitar e/ou minorar os danos causados a terceiros. Na ausência de comprovação, as despesas deverão ser confirmadas por vistoria e/ou perícia técnica efetuada pela Seguradora.

a. A soma dos valores das coberturas acima aludidas não poderá exceder, na data de liquidação do sinistro, o valor então vigente do Limite Máximo de Garantia fixado na apólice.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

NÃO ESTÃO GARANTIDAS POR ESTE SEGURO AS QUANTIAS DEVIDAS E/OU AS DESPENDIDAS, PELO

SEGURADO, PARA REPARAR, EVITAR E/OU MINORAR DANOS, DE QUALQUER ESPÉCIE, DECORRENTES DE:

7.1. ATOS PROFISSIONAIS (MÉDICOS, ODONTOLÓGICOS OU DEMAIS ATIVIDADES DA ÁREA DA SAÚDE) PROIBIDOS POR LEIS OU POR REGULAMENTAÇÕES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITÁRIAS E DEMAIS AUTORIDADES COMPETENTES, COMO CONSELHOS FEDERAIS LIGADOS À ÁREA DA SAÚDE, BEM COMO DESCUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA NO QUE TANGE ÀS NORMAS E RESOLUÇÕES QUE ESTABELECEM PARÂMETROS A SEREM ADOTADOS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DA ÁREA DA SAÚDE, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO A RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE QUALQUER TRATAMENTO CUJO OBJETIVO SEJA O IMPEDIMENTO DA GRAVIDEZ OU A PROCREAÇÃO, TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS, ESTERILIZAÇÃO, FECUNDAÇÃO ARTIFICIAL E ABORTAMENTO;

7.2. ATOS PROFISSIONAIS (MÉDICOS, ODONTOLÓGICOS OU DEMAIS ATIVIDADES DA ÁREA DA SAÚDE) PRATICADOS PELO SEGURADO QUANDO SUA LICENÇA PARA EXERCER A PROFISSÃO ESTIVER SUSPensa, REVOGADA, EXPIRADA OU NÃO RENOVADA JUNTO ÀS ENTIDADES DE CLASSE RESPONSÁVEIS POR ESTE CONTROLE NA ÉPOCA DA REALIZAÇÃO DO ATO QUE ENSEJOU A RECLAMAÇÃO;

7.3. ATOS PRATICADOS QUE NÃO TENHAM RELAÇÃO DIRETA COM A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS À SAÚDE DOS TERCEIROS;

7.4. RESPONSABILIDADES ASSUMIDAS ESPONTANEAMENTE PELO SEGURADO, QUANDO A MESMA FOR ATRIBUÍDA, DIRETA OU INDIRETAMENTE, A OUTROS MÉDICOS, DENTISTAS, PROFISSIONAIS DA SAÚDE, HOSPITAIS, PLANOS DE SAÚDE, CONVÊNIOS, COOPERATIVAS DE TRABALHO E\OU QUAISQUER TERCEIROS OU INSTITUIÇÕES QUE NÃO ESTEJAM DEVIDAMENTE DESCRITOS NA APÓLICE OU CLÁUSULA PARTICULAR INTEGRANTE À MESMA. FICAM TAMBÉM EXCLUÍDOS, QUAISQUER TIPOS DE RESPONSABILIDADES ATRIBUÍDAS A FABRICANTES DE REMÉDIOS OU DE EQUIPAMENTOS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE, BEM COMO ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS;

7.5. FATOS GERADORES OCORRIDOS EM PERÍODO ANTERIOR AO ESTABELECIDO PELA DATA DE RETROATIVIDADE, CONHECIDO OU NÃO PELO SEGURADO. ESTARÃO IGUALMENTE EXCLUÍDOS, OS FATOS GERADORES OCORRIDOS ENTRE O INÍCIO DA DATA DE RETROATIVIDADE E O INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, QUE SEJAM CONHECIDOS PELO SEGURADO ANTES DA CONTRATAÇÃO DA APÓLICE;

7.6. RESPONSABILIDADES IMPUTADAS A HOSPITAIS, CLÍNICAS MÉDICAS E ODONTOLÓGICAS, CONSULTÓRIOS, LABORATÓRIOS, OPERADORAS DE SAÚDE, CONVÊNIOS, PRESTADORES DE SERVIÇOS, COOPERATIVAS OU INSTITUIÇÕES SIMILARES QUE NÃO ESTEJAM DEVIDAMENTE DISCRIMINADOS NA APÓLICE. ASSIM COMO A RESPONSABILIDADE IMPUTADA A DIRETORES CLÍNICOS E/OU TÉCNICOS QUE NÃO POSSUAM VÍNCULO EMPREGATÍCIO A FIM DE COMPROVAR A SUA CONTRATAÇÃO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM NOME DO SEGURADO.

7.7. TRANSMUTAÇÕES NUCLEARES DE QUALQUER NATUREZA, COM EXCEÇÃO DE DANOS CAUSADOS POR USO TERAPÊUTICO DA ENERGIA NUCLEAR;

7.8. PEDIDOS DE REEMBOLSO DE HONORÁRIOS PROFISSIONAIS, JÁ PAGOS PELO SEGURADO, SEM AUTORIZAÇÃO PREVIA DA SEGURADORA, MESMO QUANDO DECORRENTES DE RISCO COBERTO POR ESTA APÓLICE;

7.9. MULTAS E/OU IMPOSIÇÃO DE PENALIDADES DE QUALQUER NATUREZA APLICADAS AO SEGURADO;

7.10. RESPONSABILIDADES ASSUMIDAS PELO SEGURADO POR CONTRATOS, CONVENÇÕES, PROMESSAS, COMPROMISSOS E GARANTIAS, ESCRITAS OU NÃO, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO AO RESULTADO DE QUALQUER TRATAMENTO MÉDICO, ODONTOLÓGICO OU OUTRA ATIVIDADE DA ÁREA DA SAÚDE MINISTRADOS PELO SEGURADO, RECLAMAÇÕES POR RESULTADOS INSATISFATÓRIOS AO DESEJADO, PROPAGANDA, OU POR QUALQUER OUTRO TIPO DE ACORDO QUE NÃO SEJAM DECORRENTES DE OBRIGAÇÕES CIVIS LEGAIS;

7.11. RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE ATOS DE GESTÃO EMANADA DA ATUAÇÃO DE SEUS DIRETORES E ADMINISTRADORES;

7.12. QUALQUER TIPO DE RECLAMAÇÃO APRESENTADA CONTRA O SEGURADO POR SEUS EMPREGADOS, PREPOSTOS, TERCEIRIZADOS, COOPERADOS, ATENDENTES E/OU ESTAGIÁRIOS, QUANDO AO SEU SERVIÇO, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO A RECLAMAÇÕES DE CUNHO TRABALHISTA E PREVIDENCIÁRIA. BEM COMO QUALQUER RECLAMAÇÃO QUANDO, ENTRE O SEGURADO E O TERCEIRO RECLAMANTE, EXISTIR PARTICIPAÇÃO ACIONÁRIA OU POR COTA, ATÉ A QUALIDADE DE PESSOA FÍSICA QUE, ISOLADAMENTE OU EM CONJUNTO, EXERÇAM OU TENHAM POSSIBILIDADE DE EXERCER CONTROLE COMUM DA EMPRESA SEGURADA E DA EMPRESA RECLAMANTE. FICA ENTENDIDO E ACORDADO QUE TAL EXCLUSÃO NÃO SE APLICA QUANDO OS REFERIDOS ESTIVEREM NA CONDIÇÃO DE PACIENTE;

7.13. RECLAMAÇÕES DE TERCEIROS POR ALEGADOS ATOS DE CALÚNIA, INJÚRIA E/OU DIFAMAÇÃO. FICAM IGUALMENTE EXCLUÍDAS AS RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE ABUSO FÍSICOS E SEXUAIS, BEM COMO QUALQUER TIPO DE DISCRIMINAÇÃO, COMO RACIAL OU SEXUAL;

7.14. ENFERMIDADES GENÉTICAS, NO CASO EM QUE SE DETERMINE QUE ELAS TENHAM SIDO CAUSADAS POR UMA MANIPULAÇÃO GENÉTICA POR PARTE DO SEGURADO;

7.15. QUALQUER RECLAMAÇÃO BASEADA NA INFRAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS, TÍTULOS, SLOGANS, PATENTES, MARCAS REGISTRADAS DE QUALQUER ESPÉCIE, SEGREDOS COMERCIAIS OU INDUSTRIAIS;

7.16. EXTRAVIO, FURTO OU ROUBO DE BENS, INCLUSIVE VEÍCULOS, DINHEIRO E VALORES, EM PODER DO SEGURADO PARA GUARDA E CUSTÓDIA. CONSIDERAM-SE VALORES, PARA EFEITO DESTES SEGUROS: METAIS PRECIOSOS, PEDRAS PRECIOSAS E SEMIPRECIOSAS, PÉROLAS, JOIAS, CHEQUES, TÍTULOS DE CRÉDITO DE QUALQUER ESPÉCIE, SELOS, APÓLICES E QUAISQUER OUTROS INSTRUMENTOS OU CONTRATOS, NEGOCIÁVEIS OU NÃO, QUE REPRESENTEM DINHEIRO;

7.17. DANOS DECORRENTES DE ATOS DE HOSTILIDADE OU DE GUERRA, TUMULTOS, GREVES, "LOCKOUT", REBELIÃO, INSURREIÇÃO, REVOLUÇÃO, TERRORISMO, CONFISCO, NACIONALIZAÇÃO, DESTRUIÇÃO OU REQUISIÇÃO DECORRENTES DE QUALQUER ATO DE AUTORIDADE CIVIL OU MILITAR E FATOS GERADORES SIMILARES;

7.18. DANOS CAUSADOS POR CONSTRUÇÕES, DEMOLIÇÃO, RECONSTRUÇÃO OU ALTERAÇÃO ESTRUTURAL DO IMÓVEL, BEM COMO QUALQUER TIPO DE OBRA, INCLUSIVE INSTALAÇÕES E MONTAGENS;

7.19. DANOS AMBIENTAIS DE QUALQUER NATUREZA, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO A CONTAMINAÇÃO, VAZAMENTO, EMANAÇÃO, EMISSÃO E/OU ESCAPE DE SUBSTÂNCIAS POLUIDORAS DE FORMA SÚBITA OU CONTÍNUA. FICA ENTENDIDO E ACORDADO QUE ESTARÃO EXCLUÍDOS QUAISQUER TIPOS DE RECLAMAÇÕES RELACIONADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE, ASBESTOS E/OU DERIVADOS;

7.20. RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE PRODUTOS DEFEITUOSOS E/OU COM VÍCIOS, INCLUINDO,

MAS NÃO LIMITADO A MEDICAMENTOS PRESCRITOS NAS DEPENDÊNCIAS DO SEGURADO;

7.21. DANOS A BENS MÓVEIS E IMÓVEIS SOB RESPONSABILIDADE DO SEGURADO, PARA GUARDA OU CUSTÓDIA, TRANSPORTE, USO, MANIPULAÇÃO OU EXECUÇÃO DE QUAISQUER TRABALHOS UTILIZANDO OS REFERIDOS BENS, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO AOS DANOS A VEÍCULOS SOB GUARDA DO SEGURADO E OS DANOS CAUSADOS POR VEÍCULOS UTILIZADOS PELO SEGURADO;

7.22. RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE DANOS CAUSADOS A TERCEIROS COM A INTENÇÃO DE SE OBTER QUALQUER TIPO DE VANTAGEM PELO ACESSO INDEVIDO A INFORMAÇÕES POR MEIOS DE SISTEMA DE COMPUTAÇÃO, INCLUÍDO, ACESSO INDEVIDO OU TRANSAÇÕES FEITAS PELA INTERNET;

7.23. ATOS MÉDICOS, ODONTOLÓGICOS OU DEMAIS ATIVIDADES DA ÁREA DA SAÚDE PRATICADAS COM TÉCNICA, MEDICAMENTOS E/OU EQUIPAMENTOS NÃO RECONHECIDOS PELA CIÊNCIA MÉDICA E/OU ÓRGÃOS COMPETENTES E, AINDA, OS ATOS MÉDICOS ENVOLVENDO TÉCNICAS EXPERIMENTAIS, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO A ADMINISTRAÇÃO DE ANESTESIA, GERAL OU PARCIAL, NÃO REALIZADA EM AMBIENTE MÉDICO PRÓPRIO DE PROPRIEDADE DO SEGURADO QUE REÚNA AS CONDIÇÕES INERENTES À REALIZAÇÃO DE TAIS PROCEDIMENTOS;

7.24. RECLAMAÇÕES DE NATUREZA CONCORRENCIAL, TRIBUTÁRIA, TRABALHISTA PREVIDENCIÁRIA. FICAM AINDA EXCLUÍDAS, RECLAMAÇÕES DE NATUREZA CONSUMERISTA QUE NÃO TENHAM RELAÇÃO COM O OBJETO DO SEGURO, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO A RECLAMAÇÕES POR PREÇOS ELEVADOS, DUPLICIDADE DE COBRANÇAS E/OU NÃO FORNECIMENTO DE RECIBOS;

7.25. DANOS RELACIONADOS COM A EXISTÊNCIA, USO E CONSERVAÇÃO DE IMÓVEIS;

7.26. ERROS OU OMISSÕES DECORRENTES DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS OU CULPA GRAVE EQUIPARÁVEL AO DOLO PRATICADOS PELOS SÓCIOS CONTROLADORES DA INSTITUIÇÃO SEGURADA, SEUS DIRIGENTES E ADMINISTRADORES LEGAIS, PELOS BENEFICIÁRIOS OU SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES LEGAIS DE CADA UMA DESTAS PARTES, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO AOS ATOS PROFISSIONAIS (MÉDICOS, ODONTOLÓGICOS OU DEMAIS ATIVIDADES DA ÁREA DA SAÚDE) EXECUTADOS COM CULPA GRAVE;

7.27. PERDAS FINANCEIRAS, INCLUSIVE LUCROS CESSANTES E DANOS EMERGENCIAIS, NÃO DECORRENTES DE DANO CORPORAL E/OU MATERIAL SOFRIDO PELO RECLAMANTE;

7.28. RECLAMAÇÕES DECORRENTES DA RECUSA OU DEMORA DE ATENDIMENTO, QUANDO ESTE ATO DECORRER DA APROVAÇÃO DE OPERADORAS DE SAÚDE E CONVÊNIOS E ESTES NÃO FOREM O SEGURADOS DA APÓLICE;

7.29. INDENIZAÇÕES DIFUSAS, DE CARÁTER COLETIVO OU INDIVIDUAL HOMOGÊNEO, RELATIVAS A CONDENAÇÕES DECORRENTES DE AÇÃO CIVIL PÚBLICA, INQUÉRITO CIVIL E TERMOS DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA;

7.30. DANOS RELACIONADOS COM A REMOÇÃO DE PACIENTES EM AMBULÂNCIAS E/OU AERONAVES;

7.31. DANOS RELACIONADOS COM O ATENDIMENTO E TRATAMENTO DOMICILIAR, INCLUSIVE SUA PRESCRIÇÃO E INDICAÇÃO MÉDICA.

8. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI)

8.1. O Limite Máximo de Indenização (LMI) refere-se ao limite máximo de responsabilidade assumido pela Seguradora por cobertura em uma reclamação ou série de reclamações apresentadas contra o

Segurado durante a vigência da apólice, ou se aplicável, dentro dos prazos complementar e suplementar, e, desde que, decorrentes do mesmo fato gerador ocorridos entre o início da data de retroatividade e fim de vigência da presente apólice .

8.2. Não há Reintegração do Limite Máximo de Indenização das Coberturas Contratadas da Apólice.

9. LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG)

9.1. O Limite Máximo de Garantia (LMG) refere-se ao limite máximo de responsabilidade assumido pela Seguradora em uma reclamação ou série de reclamações apresentadas contra o Segurado durante a vigência da apólice, ou se aplicável, dentro dos prazos complementar e suplementar, e, desde que, decorrentes do mesmo fato gerador ocorridos entre o início da data de retroatividade e fim de vigência da presente apólice.

9.2. Todos os prejuízos e despesas decorrentes de um mesmo fato gerador serão considerados como um único sinistro, independente do número de reclamantes envolvidos e quando atingido o Limite Máximo de Garantia, por pagamentos efetuados decorrentes de um mesmo fato gerador, a apólice será cancelada.

9.3. Não há Reintegração do Limite Máximo de Garantia da Apólice.

10. LIMITE AGREGADO (LA)

10.1. O valor do Limite Agregado é igual ao valor do Limite Máximo de Garantia, salvo menção em contrário descrita na Apólice.

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

10.3. Não há Reintegração do Limite Agregado.

11. VIGÊNCIA DO SEGURO

11.1. O Seguro é válido por 01 (um) ano, desde que aceito pela Seguradora pelo período contratado, tendo seu início e término às 24 horas das datas para tal fim neles indicadas.

11.2. A apólice não poderá ser contratada com período de vigência inferior, ou superior, a 01 (um) ano.

11.2.1. Exceto se o Segurado possuir outras apólices de seguro de responsabilidade civil (à base de reclamações) contratadas junto a esta Seguradora e pretender coincidir o término de vigência entre as apólices, todas por ele contratadas em uma mesma Seguradora.

11.3. Não havendo pagamento de prêmio quando do protocolo da proposta, o início de vigência da Apólice será a data de aceitação da proposta ou data distinta, mediante prévio acordo entre Segurado e Seguradora.

11.4. Caso a proposta seja recepcionada pela Seguradora, com adiantamento para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência, será a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

12. PERÍODO DE RETROATIVIDADE

12.1. Havendo renovações sucessivas na mesma Seguradora, esta fará constar, obrigatoriamente, em cada Apólice emitida, a data retroativa de cobertura relativa à primeira de uma série de Apólices renovadas ininterruptamente, que define o início do período retroativo de cobertura que garante ao Segurado as reclamações realizadas entre esta data e o início de vigência da Apólice.

12.2. Assim, estarão cobertos os sinistros cujos fatos geradores tenham ocorrido durante o período retroativo de cobertura ou durante a vigência da Apólice, desde que reclamados durante a vigência da Apólice, prazo complementar ou prazo suplementar, este, se contratado.

13. FRANQUIA | PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS)

13.1. A franquia e/ou participação obrigatória do Segurado (POS) estabelecida entre as partes estará descrita na apólice e endossos emitidos.

13.2. Somente os montantes que ultrapassarem o valor da franquia e/ou POS serão alvo de análise e eventual indenização pela Seguradora, observada a exceção disposta no item 13.3 abaixo.

13.3. A franquia será aplicada a todas as coberturas da apólice contratada, com exceção dos honorários advocatícios.

13.3.1. Demais despesas decorrentes da cobertura de Custos de Defesa, terão a aplicabilidade da franquia.

14. RENOVAÇÃO DO SEGURO

14.1. A Apólice poderá ser renovada automaticamente por igual período e apenas uma única vez, caso a Seguradora se manifeste mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do final de vigência da Apólice.

14.2. Caso a Seguradora não se manifeste conforme descrito no item 14.1, a renovação deste Seguro não será automática, devendo o Segurado encaminhar proposta renovatória à Seguradora, pelo menos 15 (quinze) dias antes do término da vigência da Apólice.

14.3. A proposta renovatória obedecerá às normas específicas de "ACEITAÇÃO DO RISCO", mas o início da vigência da nova Apólice coincidirá com o dia e o horário de término do presente Seguro.

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

14.5. Em renovações sucessivas será obrigatória a concessão do período de retroatividade da Apólice anterior.

14.6. O Segurado terá direito a fixação de data limite de retroatividade em cada renovação de uma Apólice à base de reclamações, a data pactuada por ocasião da contratação da primeira apólice nesta Seguradora, facultada, mediante acordo entre as partes, a fixação de outra data, anterior àquela, hipótese em que a nova data prevalecerá nas renovações futuras.

15. PRAZO COMPLEMENTAR

15.1. Seguradora concederá ao Segurado, sem qualquer ônus, um prazo adicional de até 36 (trinta e seis) meses, salvo negociação em contrário, para a apresentação de reclamações, por terceiros, contado a partir do término de vigência da apólice, nas seguintes hipóteses:

- I. Se a Apólice não for renovada;
- II. Se a Apólice à base de reclamações for transferida para outra Seguradora que não admita, integralmente, o período de retroatividade da Apólice precedente;
- III. Se a apólice for substituída por apólice a base de ocorrência, ao final de sua vigência, na mesma sociedade Seguradora ou em outra;
- IV. Se a Apólice for cancelada, desde que o cancelamento não tenha ocorrido por determinação legal, por falta do pagamento do prêmio ou por pagamento das indenizações ter atingido o Limite Máximo de Garantia da Apólice, quando este tiver sido estabelecido.

15.2. O Prazo Complementar concedido não se aplica àquelas coberturas cujo pagamento das indenizações tenha atingido o Limite Agregado.

15.3. O Prazo Complementar se aplica às coberturas previamente contratadas e que não foram incluídas na renovação da Apólice, desde que essas não tenham sido canceladas por determinação legal, ou por falta de pagamento do prêmio.

15.4. A contratação do prazo complementar não acarreta, em hipótese alguma, a ampliação do período de vigência do Contrato de Seguro, aplicando-se tão somente aos prazos de notificação e reclamações decorrentes de erros ou omissões cometidos no exercício da profissão de médico, dentista e/ou outra profissão da área da saúde e durante o prazo de Seguro.

16. PRAZO SUPLEMENTAR

16.1. O Segurado terá direito à contratação, uma única vez, do prazo suplementar de 12 (doze), 24 (vinte e quatro) ou 36 (trinta e seis) meses, para apresentação de reclamações de Terceiros. A contratação deverá ser imediatamente subsequente ao prazo complementar e deverão ser atendidas as regras abaixo:

- I. Se a Apólice não for renovada;
- II. Se a Apólice não tiver sido cancelada por inadimplência ou por determinação judicial;
- III. Se o Limite Agregado não tiver sido esgotado durante o Prazo Complementar;
- IV. Se a apólice for renovada em outra Seguradora que não admita período retroativo de cobertura da Apólice anterior.

16.2. Para exercer o direito ao Prazo Suplementar, o Segurado deverá requerer sua contratação por escrito em até 30 (trinta) dias antes do término do Prazo Complementar e efetuar o pagamento do prêmio adicional, em uma única parcela, em até 30 (trinta) dias após a emissão do respectivo Endosso, conforme estabelecido na tabela abaixo:

Prazo Suplementar	Prêmio adicional referente ao último prêmio anual pago
Mais 1 (um) ano	75%
Mais 2 (dois) anos	113%
Mais 3 (três) anos	127%

16.3. Em caso de contratação de Prazo Suplementar conforme os termos acima, não serão possíveis requerer seu cancelamento ou restituição do prêmio pago.

16.4. Em nenhuma hipótese a contratação do Prazo Suplementar amplia o prazo de vigência desta Apólice.

16.5. Qualquer indenização por conta do prazo suplementar estará sempre limitada ao valor do Limite Agregado vigente na data da reclamação.

17. ACEITAÇÃO DO RISCO

17.1. A contratação deste Seguro deverá ser feita por meio de proposta e questionário preenchidos pelo Segurado contendo os elementos essenciais à análise para aceitação ou recusa dos riscos propostos. Deverá, também, contemplar, a informação da existência de outros Seguros cobrindo os mesmos interesses. Os documentos deverão ser assinados pelo Proponente, seu Representante ou seu Corretor de Seguros desde que por expressa solicitação de qualquer um dos anteriores.

17.2. CLÁUSULA DECLARATÓRIA: Para a aceitação da proposta de contratação, o Segurado deverá apresentar declaração 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.

Esta cláusula é aplicável tanto na contratação inicial de uma apólice à base de reclamações, quando acordado período de retroatividade anterior à data de início de vigência, quanto na hipótese de transferência desta apólice para outra sociedade Seguradora, se houver manutenção, ainda que parcial, do período de retroatividade do seguro transferido.

17.3. A Seguradora terá o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contado da data do recebimento da proposta devidamente assinada pelo Proponente, por seu Representante Legal ou por Corretor de Seguros habilitado, seja para contratação de seguros novos, renovações de Apólice ou endossos para alterações que impliquem modificação do risco.

17.4. A aceitação da proposta será automática, caso esta Seguradora não se manifeste no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados a partir do recebimento da mesma.

17.5. A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto para aceitação, 15 (quinze) dias, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para a avaliação da proposta ou taxação do risco.

17.6. No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou de alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

17.7. Caso a aceitação do risco dependa de contratação ou alteração de cobertura de Resseguro Facultativo, o prazo de 15 (quinze) dias acima ficará suspenso até que o Ressegurador se manifeste formalmente, devendo tal suspensão ser expressamente comunicada ao Segurado e/ou Corretor e/ou Representantes Legais do Segurado.

17.8. Em caso de não aceitação da proposta, a Seguradora enviará carta formal com as devidas justificativas da recusa.

17.9. Em caso de recusa de proposta com adiantamento de pagamento de prêmio, dentro dos prazos

previstos nos itens anteriores, a cobertura prevalecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o Proponente, seu Representante ou Corretor de Seguros tiver conhecimento formal da recusa.

17.9.1. O valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “*pró rata temporis*” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

17.9.2. Caso ocorra algum sinistro coberto durante o prazo supra estipulado, estando o risco proposto dentro das condições normais de aceitação da Seguradora, a indenização será paga deduzindo-se dela o total do prêmio do Seguro devido por um ano de vigência da Apólice.

17.9.3. O simples recebimento do valor parcial ou total do prêmio não implica em aceitação do Seguro. Caso a proposta seja recusada pela Seguradora, esta devolverá ao Segurado o prêmio eventualmente recebido.

17.9.4. Se a restituição for feita posteriormente à data de formalização da recusa, o valor restituído estará sujeito à atualização com base no IPCA/IBGE (ou outro índice que o venha a suceder), calculado da data da formalização da recusa até a da restituição efetuada.

17.9.5. Se a restituição for feita após 10 (dez) dias da formalização da recusa, além da atualização acima, incidirá o juros de mora definidos na cláusula de mesmo nome, destas Condições Gerais.

17.10. A emissão da Apólice, do certificado ou do Endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

18. INSPEÇÕES

18.1. A Seguradora se reserva o direito de realizar Inspeção nas instalações do Segurado, ficando entendido e acordado que entre a data dessa solicitação e sua realização, ficarão suspensos os 15 (quinze) dias previstos para análise da aceitação do risco.

18.2. Fica ainda acordado, que para fins de aceitação do Seguro proposto, a Seguradora se reserva o direito de requerer, adequações nos sistemas de prevenção, proteção ou processos aos quais estejam relacionados à cobertura do Seguro, o que será feito por escrito e estipulando-se prazo hábil para execução de tais providências.

18.3. Em caso de eventual Sinistro, não tendo havido as adequações requeridas, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

19. ALTERAÇÃO DE RISCOS E VALORES CONTRATADOS

19.1. O Segurado, em qualquer tempo, poderá subscrever nova proposta ou solicitar emissão de Endosso, para alteração do limite da garantia contratualmente previsto, ficando a critério da Seguradora sua aceitação, ou não, e alteração do prêmio, quando couber.

19.2. Alterações deste Contrato de Seguro somente poderão ser feitas mediante proposta assinada pelo Proponente, seu Representante Legal ou Corretor de Seguros habilitado, sendo que a proposta escrita à Seguradora deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.

19.2.1. A Seguradora deverá fornecer ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique o recebimento da proposta, com indicação da data e hora de recebimento.

19.2.2. Após a análise técnica necessária, a Seguradora emitirá o Endosso correspondente, fato que poderá gerar cobrança de prêmio adicional ou restituição parcial do prêmio cobrado, com base no período de vigência restante.

19.3. Em caso de aceitação pela Seguradora, do aumento do limite, durante a vigência da Apólice ou por ocasião da sua Renovação, conforme mencionado no item 19.1, será utilizado o critério restritivo, ou seja, será aplicado o novo limite apenas para as reclamações relativas a danos que venham a ocorrer a partir da data de sua implementação, prevalecendo o limite anterior para reclamações relativas aos danos ocorridos anteriormente àquela data e a partir da data limite de retroatividade.

19.4. Se a alteração tornar o tipo do risco incompatível com os critérios de aceitação de riscos adotados pela Seguradora, esta poderá declinar o novo risco. Neste caso, se houver o cancelamento da Apólice, o prêmio relativo ao prazo restante, contado a partir da data da comunicação expressa sobre a alteração, será calculado na forma “pro rata temporis”.

19.5. O Segurado deverá informar à Seguradora qualquer modificação pertinente ao risco segurado que possam majorar o risco contratado, cabendo à Seguradora, se o caso, cobrar o prêmio complementar. Havendo redução considerável do risco, o Segurado poderá exigir a revisão do prêmio ou o cancelamento do contrato.

19.5.1. Ao comunicar as alterações no risco, o Segurado deverá confirmar demais informações, para que o novo conjunto, atualizado, conste do Endosso à Apólice, evitando assim o risco de perda de direito à indenização, conforme a cláusula “PERDA DE DIREITO” destas condições.

19.5.2. Protocolada a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para analisar o novo risco e apresentar sua deliberação em função do acima disposto. Após este prazo, não havendo qualquer manifestação da Seguradora, esta perderá o direito a qualquer cobrança adicional ou cancelamento da Apólice, em decorrência da constatação de risco agravado, sendo, então, considerado o novo risco como similar ao anterior.

19.5.3. Por ocasião deste cálculo, a Seguradora poderá cobrar o prêmio adicional pela agravação do risco, relativo ao período entre a data da modificação do risco e do término de vigência, sempre na forma “pro rata temporis”.

19.5.4. Em caso de decisão de cancelar o risco agravado, informado pela Seguradora dentro de 15 (quinze) dias após o comunicado do Segurado, o cancelamento do Contrato terá vigência somente 30 (trinta) dias após o comunicado expresso da Seguradora, devendo ser restituída à diferença do prêmio do período a decorrer, calculado na forma “pro rata temporis”.

19.6. Tanto a cobrança do prêmio adicional como a restituição do prêmio, nos casos previstos nesta cláusula, estará sujeitos à atualização dos valores com base no IPCA/IBGE (ou outro índice que o venha a suceder), pelo prazo entre a data de exigibilidade até a data do pagamento.

19.7. O prazo para restituição do prêmio resultante de Endosso de alteração, pela Seguradora, é de 30 (trinta) dias. Após este prazo a restituição fica sujeito a juros de mora, além da atualização do seu valor.

19.7.1. O prazo para recebimento do prêmio fica a critério da Seguradora, não podendo exceder a 30 (trinta) dias da emissão do Endosso e tampouco resultar em data inferior a 30 (trinta) dias antes do término de vigência da Apólice. Após este prazo, não havendo o pagamento, o Endosso será cancelado conforme a cláusula “PAGAMENTO DO PRÊMIO”.

19.8. Serão usadas as seguintes metodologias de cálculos dos prêmios decorrentes de alterações de riscos e valores:

- I. Nos casos de aumento de Limite Máximo de Indenização e/ou de Limite Agregado, por iniciativa do Segurado, bem como, de aumento da taxa de risco, os prêmios serão calculados com base na tabela de prazo curto;
- II. Nos casos de redução de Limite Máximo de Indenização e/ou de Limite Agregado, por iniciativa do Segurado, bem como redução de taxa de risco, os prêmios serão calculados na forma “pro rata temporis”.

20. PAGAMENTO DO PRÊMIO

20.1. O prêmio do Seguro poderá ser pago à vista, ou parcelado, mediante acordo entre as partes, utilizando-se os meios de pagamento disponíveis e aceitos pela Seguradora no momento da contratação do Seguro.

20.1.1. O Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) incide sobre todas as parcelas do prêmio, inclusive emolumentos.

20.2. O prêmio do Seguro terá o seu pagamento, ou de suas parcelas, quando fracionado, efetuado por meio de documento de cobrança emitido pela Seguradora, onde constarão, pelo menos, os seguintes elementos, independentemente de outros exigidos pelas normas em vigor:

- I. A identificação do Segurado;
- II. O valor do prêmio;
- III. A data de emissão e o número da proposta de Seguro; e
- IV. A data limite para o pagamento.

20.2.1. A Seguradora encaminhará os documentos acima aludidos diretamente ao Segurado ou ao seu Representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um daqueles, ao Corretor intermediário da contratação do Seguro, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

20.2.2. A data limite para o pagamento do prêmio, ou de sua primeira parcela, será, no máximo, de 30 (trinta) dias da emissão da apólice ou endosso, respeitado o prazo previsto no subitem precedente.

20.2.3. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio estipulado na Cláusula 20.2.2, sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, contudo, a indenização somente será devida após o pagamento do prêmio.

20.2.4. Se o Segurado, ou o seu Representante, ou o Corretor que eventualmente intermediar a operação, não receberem o documento de cobrança, seja do prêmio à vista, ou de qualquer uma de suas parcelas, quando fracionado, no prazo aludido no subitem 20.2.1, deverão ser solicitadas de forma registrada, à Seguradora, instruções para efetuar o pagamento antes da data limite.

20.2.5. Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte, em que houver expediente bancário.

20.3. Decorrido o prazo referido nos itens anteriores, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, o Contrato ou aditamento a ele referente ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial, salvo acordo em contrário com a Seguradora.

20.4. Fica vedado o cancelamento do Contrato de Seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.

20.5. A DIMINUIÇÃO DO RISCO NO CURSO DO CONTRATO NÃO ACARRETA A REDUÇÃO DO PRÊMIO ESTIPULADO; mas, se a redução do risco for considerável, o Segurado poderá exigir a revisão do prêmio, ou o cancelamento do Contrato.

20.6. No caso de fracionamento, os prêmios serão pagos em parcelas sucessivas, não podendo a primeira ser paga em prazo superior a 30 (trinta) dias contados da emissão da Apólice, Endosso ou Aditivo, bem como a data do vencimento da última não poderá ultrapassar a vigência desta Apólice.

20.6.1. O não pagamento da primeira parcela implicará no cancelamento da Apólice de pleno direito. Não havendo qualquer cobertura para os eventuais sinistros ocorridos neste período.

20.6.2. No caso de parcelamento do pagamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas na sua data de vencimento, subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura prevista nesta Apólice será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, ficando a Seguradora obrigada a informar ao Segurado o novo prazo, por meio de comunicação escrita, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela a seguir:

Tabela de Prazo Curto

Prazo de Vigência	% do Prêmio Anual	Prazo de Vigência	% do Prêmio Anual
15 dias	13%	195 dias	73%
30 dias	20%	210 dias	75%
45 dias	27%	225 dias	78%
60 dias	30%	240 dias	80%
75 dias	37%	255 dias	83%
90 dias	40%	270 dias	85%
105 dias	46%	285 dias	88%
120 dias	50%	300 dias	90%
135 dias	56%	315 dias	93%
150 dias	60%	330 dias	95%
165 dias	66%	345 dias	98%
180 dias	70%	365 dias	100%

Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

20.6.3. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas da cobrança de juros equivalentes aos praticados no mercado financeiro e de atualização monetária pelo IPCA/IBGE, dentro do novo prazo de pagamento, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original desta Apólice.

20.6.4. Findo o novo prazo de pagamento, conforme reduzido nos termos do subitem 20.6.2. acima, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, esta Apólice ficará imediatamente cancelada, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, ficando a Seguradora desobrigada de qualquer responsabilidade e obrigação de pagamento da indenização.

20.6.5. O Segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer parcela, com a redução do valor com

base nos juros de fracionamento pactuados, ficando entendido que frações de um mês serão desconsideradas para fim de redução.

20.7. Estando o Segurado em mora durante a vigência da tabela de prazo curto acima e ocorrendo um Sinistro, fica desde já assegurado à Seguradora o direito de compensar as parcelas vencidas e não pagas com quaisquer valores devidos pela Seguradora com base nesta Apólice.

20.8. Quando o pagamento da indenização securitária acarretar o cancelamento deste Contrato de Seguro em função da exaustão do Limite Máximo de Garantia, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor de referida indenização, excluído o adicional de fracionamento.

20.9. O pagamento do prêmio do Seguro de forma parcelada não implicará na quitação total do mesmo até que todas as parcelas tenham sido pagas.

20.10. Em caso de parcelamento do prêmio, NÃO será cobrado valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.

20.11. Na hipótese de cancelamento do Seguro, o valor eventualmente devido a título de devolução de prêmio deverá ser atualizado pela variação do IPCA/IBGE, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

20.11.1. No caso de extinção dos índices mencionados nesta Apólice, deverá ser utilizado o IGP-M/FGV ou na sua ausência o que vier a substituí-lo.

21. JUROS DE MORA

Este Contrato prevê a aplicação de juros de mora praticados pelo mercado financeiro, calculado mês a mês, além do índice de atualização de valores, conforme a cláusula “ATUALIZAÇÃO DE VALORES CONTRATADOS”.

22. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

22.1. Além das obrigações que possam estar previstas nas demais cláusulas deste Contrato, o Segurado se obriga a seguir as condições abaixo, sob pena de suspensão, rescisão ou nulidade do Contrato de Seguro.

22.1.1. Comunicar imediatamente à Seguradora, qualquer ato, fato, carta, citação, intimação, reclamação, demanda, ou documento que se relacione com sinistro coberto por este Contrato;

22.1.2. Fornecer, em qualquer tempo, toda a documentação e informação solicitada pela Seguradora, relacionada com o sinistro, bem como, documentos necessários e antecedentes que dispuser para sua defesa, colaborando com os advogados designados;

22.1.3. Não reconhecer responsabilidade alguma perante Terceiros, por qualquer evento que possa gerar uma reclamação, nem celebrar transações e/ou acordos, sem a devida e específica autorização, por escrito, da Seguradora;

22.2. Obrigações relativas à manutenção preventiva de documentos:

22.2.1. Zelar e manter em bom estado de conservação e segurança todos os documentos relacionados com a atividade exercida pelo Segurado, inclusive prontuários, documentos fiscais e técnicos, comunicando à Seguradora, por escrito, qualquer situação que possa levar a perda, destruição ou deterioração, total ou parcial, dos citados documentos;

22.2.2. Ter adequado registro do seu atendimento através do prontuário do Paciente;

22.2.3. Ter os demais documentos que compõem o prontuário do Paciente, como protocolos cirúrgico e anestésico, registros de monitoração cardiológica intra-operatória, fetal e/ou resultado dos estudos complementares transcritos ou anexos ao prontuário;

22.2.4. Descrever, de forma concisa, verdadeira e ordenada, toda sua atuação médica, odontológica e/ou outra profissão da saúde, relacionada com o atendimento do Paciente, como também todos os dados objetivos sobre este e seu estado clínico, realizando anamnese, diagnósticos, indicações, evolução, epícrise e fechamento do prontuário do Paciente em todos os casos;

22.2.5. Ter no prontuário, um TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, prévio à intervenção ou tratamento do Paciente, que permita provar que este e/ou quem o representou entendeu o que foi explicado pelo Segurado. Bem como, ciência do mesmo de que estas informações poderão ser repassadas a Seguradora.

22.3. 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.

22.4. Outras obrigações:

22.4.1. Dar imediata ciência à Seguradora, da contratação ou da rescisão de qualquer outro Seguro, referente aos mesmos interesses seguráveis previstos neste Contrato;

22.4.2. Respeitar, cumprir e praticar efetivamente as normas e procedimentos técnicos obrigatórios previstos neste Contrato de Seguro, que representam condições de prevenção do risco de perdas econômicas, financeiras, patrimoniais e de prestígio profissional para efeito de preservação dos seus direitos;

22.4.3. Permitir a Seguradora a prática de auditoria médico-legal na documentação clínica e demais documentos relacionados com o atendimento ao Paciente, assim como a aplicação, utilização e documentação do processo de consentimento informado, antes da aceitação da proposta, ou, em qualquer tempo, durante a vigência da Apólice;

22.4.4. Pagar em dia os prêmios do Seguro fixados nos documentos de cobrança da Seguradora ou outra forma pactuada;

22.5. O não cumprimento, por parte do Segurado, das obrigações e normas estabelecidas nesta cláusula, bem como nestas condições como um todo, poderá acarretar a suspensão ou rescisão do Contrato de Seguro, consoante a análise procedida pela Seguradora.

23. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

23.1. Condições básicas:

23.1.1. Qualquer medida, civil, administrativa ou criminal, contra o Segurado, inclusive intimações para ser ouvido em declarações e inquérito policial, deverá ser imediatamente comunicada à Seguradora, antes mesmo da realização de qualquer ato processual e/ou administrativo na esfera civil ou criminal, e ainda, respeitados os prazos de comunicação estabelecidos na Apólice.

23.1.2. Toda e qualquer comunicação relacionada a sinistros (reclamação formal) ou expectativas de sinistro (notificação) decorrentes desta Apólice deverá ser feita por escrito e dirigida à Seguradora aos cuidados do Departamento de Sinistros através de preenchimento de formulário no site desta

Seguradora. Será considerada como data da comunicação a data do protocolo de entrega e recebimento pelo referido Departamento da Seguradora. Se feita através de correio, igualmente será considerada a data constante do aviso de recebimento assinado pela Seguradora.

23.1.3. A Notificação somente produzirá efeitos se o Segurado tiver apresentado, durante a vigência da Apólice, a notificação relacionada com ao fato, ou à circunstância, que gerou a reclamação efetuada pelo Terceiro prejudicado.

23.1.4. A Notificação deverá estar indicada, da forma mais completa possível, os dados e particularidades tais como:

- I. Lugar, data, horário e descrição sumária do ocorrido;
- II. 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;
- III. Natureza dos danos e de suas possíveis conseqüências, com base em evidência documental;
- IV. Procedimentos adotados para minorar os efeitos do fato gerador da notificação;
- V. A data em que o Segurado ficou ciente pela primeira vez do(s) fato(s) do fato gerador aqui notificado, bem como uma breve descrição da maneira que esse fato gerador chegou a seu conhecimento.

23.2. A entrega da notificação, mencionada na Cláusula 23.1 acima, à Seguradora produzirá os seguintes efeitos:

23.2.1. Caracterizará o sinistro como de competência desta Apólice;

23.2.2. Garantirá que as condições desta Apólice sejam aplicadas às reclamações apresentadas à Seguradora durante o prazo de vigência, Prazo Complementar ou Prazo Suplementar, conforme o caso.

23.3. Caso seja feita uma reclamação por um Terceiro referente ao fato gerador notificado, os termos e os limites que serão aplicados são os do Seguro vigente na data da notificação.

23.4. Dar ciência à Seguradora da contratação ou da rescisão de qualquer outro Seguro, referente aos mesmos riscos previstos nesta Apólice.

23.5. Fica entendido que a Seguradora reembolsará as despesas proporcionalmente à sua participação na indenização reclamada e limitado em até três vezes o valor mínimo previsto na tabela da OAB (Ordem dos Advogados do Brasil), do Estado onde se estabelecer o foro, pelos valores vigentes na época da reclamação.

23.5.1. A escolha do escritório e/ou advogado para a defesa referente ao objeto deste seguro é de livre escolha do Segurado.

23.5.2. É obrigação do Segurado informar à Seguradora, previamente, o escritório e/ou advogado nomeado para fazer a sua defesa referente ao objeto coberto por este Seguro, assim como o valor dos honorários que pretende futuramente definir com tal profissional.

23.5.3. Desde que não se vislumbre uma hipótese de não aplicação da cobertura securitária objeto desta Apólice, o pagamento dos honorários poderá se dar, mediante solicitação por parte do Segurado, de forma antecipada, na medida e nas condições em que os mesmos forem devidos ou incorridos pelo Segurado, na forma das cláusulas acima e desde que sejam encaminhados os documentos pertinentes à Seguradora.

23.6. Na hipótese de serem deferidas medidas cautelares que impliquem em arresto, sequestro, penhora, indisponibilidade de bens do Segurado, ou ainda, obrigação de pagamento antecipada, este não poderá exigir que a Seguradora substitua as garantias ou efetue pagamentos antecipados.

23.7. A Seguradora poderá intervir na ação, na qualidade de assistente. É vedado ao Segurado transigir, pagar ou tomar outras providências que possam influir no resultado das negociações ou litígios, em especial reconhecer sua responsabilidade ou confessar a ação, salvo se tiver à anuência expressa da Seguradora.

23.8. A Seguradora poderá, em qualquer tempo, declinar da qualidade de assistente da defesa na esfera civil ou criminal do Segurado, devendo, entretanto, comunicar este último, por escrito, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias.

23.9. Ao declinar da defesa, a Seguradora não se exime de sua responsabilidade de indenizar, segundo as condições e limites da Apólice.

23.10. Se a Seguradora entender que a responsabilidade do sinistro, total ou parcialmente, é do Segurado, e a quantia reclamada superar os limites da Apólice, somente poderá realizar acordo, judicial ou extrajudicial, com a devida e expressa anuência do Segurado.

23.10.1. Nessa hipótese ficará à disposição do Segurado o limite e garantia previsto na apólice, ou seu saldo remanescente, se houver, podendo este, inclusive, pagar tal quantia a um Terceiro Reclamante, sempre que existir uma decisão judicial que assim o disponha.

23.11. Procedimentos do Segurado em caso de reclamação

23.11.1. Em caso de sinistro que possa vir a ser indenizado por este Contrato, deverá o Segurado, sob pena de perda de direito à indenização:

- I. Dar imediato aviso à Seguradora, pela via mais rápida ao seu alcance, por escrito e dirigida à Seguradora aos cuidados do Departamento de Sinistros através de preenchimento de formulário no site desta Seguradora, prestando todas as informações necessárias.
- II. Prestar as informações e esclarecimentos solicitados, colocando à disposição da Seguradora a documentação para comprovação ou apuração dos prejuízos.
- III. Permitir ao Representante da Seguradora o acesso aos documentos e ao local onde foi executado o ato causador do sinistro.
- IV. Não reconhecer responsabilidade alguma perante o Terceiro/Paciente, por qualquer incidente que possa gerar uma reclamação, nem celebrar transações e/ou acordos, sem a devida e específica autorização, por escrito, da Seguradora.

23.12. Documentos básicos em caso de Sinistros

23.12.1. Para agilidade no processo de regulação e liquidação do sinistro, o Segurado deverá, ainda, fornecer à Seguradora, por ocasião da comunicação do sinistro, os seguintes documentos/informações:

- I. Relato detalhado do fato;
- II. Cópia da notificação, citação e/ou intimação, além de todos os documentos que ele possua, pertinentes ao evento;
- III. Cópia da Carteira de Identidade, do CPF e do documento do Conselho da classe, com a data de início do exercício da atividade profissional;

- IV. Cópia do prontuário do Paciente, conforme termo de consentimento descrito no item 22.2.5, atualizado para aquele mês da ocorrência ou fato omissivo ou comissivo motivador da Ação Civil;
- V. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial e/ou Laudo de Exame de Médico-Pericial do Instituto Médico-Legal ou Particular, se houver;
- VI. Cópia de outra Apólice de Seguro de responsabilidade civil que o Segurado venha a ter com outra Seguradora, conforme a cláusula de “CONCORRÊNCIA DE APÓLICES”, destas Condições Gerais;
- VII. Cópia de recibos, Contratos de honorários advocatícios, ou de quaisquer outros documentos que devam compor a liquidação do sinistro, assim como despesas originadas pelo atendimento do sinistro, que estejam em poder do Segurado;
- VIII. Cópia de outros documentos que a Seguradora venha a considerar necessário;
- IX. Cópia de outros documentos e antecedentes que dispuser para sua defesa, colaborando com os advogados designados, tanto na esfera cível como na criminal;
- X. Faculta-se à sociedade Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos.

23.13. Liquidação do Sinistro

23.13.1. Qualquer indenização por este Seguro somente será devida se o Sinistro for caracterizado como risco coberto por estas condições.

- I. Para efeito deste Seguro, considera-se como data de exigibilidade, a data de ocorrência do fato gerador.

23.13.2. O Limite Máximo de Indenização representa o valor máximo de responsabilidade assumida pela Seguradora para cada cobertura contratada. A soma das indenizações pagas, em um único sinistro ou série de sinistros, não poderá ultrapassar o Limite Máximo de Garantia fixado para a Apólice, de conformidade com o Limite Agregado da mesma.

23.13.3. A condição básica deste Seguro é a de pagamento direto ao Terceiro autor da reclamação, contudo, poderá haver reembolso, a critério da Seguradora e mediante entendimento expresso com o Segurado.

23.13.4. Os atos ou providências que a Seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização reclamada.

23.13.5. Reconhecida a responsabilidade civil profissional do Segurado, nos termos destas Condições Gerais, a Seguradora indenizará em moeda corrente, o montante dos prejuízos regularmente apurados, observando os limites da Apólice, desde que feita a competente regulação do sinistro pela Seguradora.

23.13.6. A liquidação de sinistro coberto por este Contrato processar-se-á conforme as seguintes regras:

- I. Fixada a indenização devida, seja por sentença transitada em julgado, ou por acordo judicial ou extrajudicial, a Seguradora efetuará o pagamento ao terceiro ou reembolso ao Segurado do valor a ser indenizado, excluindo-se, em qualquer hipótese, as medidas cautelares deferidas que impliquem em arresto, sequestro, penhora, indisponibilidade de bens do

Segurado, ou ainda, obrigação de pagamento por tutela antecipada.

- II. Qualquer acordo judicial ou extrajudicial com o Reclamante, seus Beneficiários ou Herdeiros, apenas será reconhecido pela Seguradora se tiver sua prévia e expressa anuência. Na hipótese de o Segurado recusar, prévia e expressamente, o acordo recomendado pela Seguradora, e já aceito pelo Reclamante, fica desde já acordado que a Seguradora não responderá por quaisquer quantias acima daquela pela qual seria o sinistro liquidado conforme o acordo recusado, inclusive correção monetária e juros.
- III. Se a reparação pecuniária devida pelo Segurado compreender pagamento de quantia líquida e certa e prestação de renda ou pensão, a Seguradora, dentro do Limite Máximo Indenizável, pagará, preferencialmente, o valor representado pela quantia líquida e certa.
 - a) Quando a Seguradora, ainda dentro daquele limite, tiver que contribuir também para o capital garantidor da renda ou pensão, o fará mediante os reembolsos mensais ao Segurado, da renda originada pela aquisição de títulos em nome deste, até atingir o valor máximo indenizável pela Apólice.

23.14. Prazo de Pagamento

23.14.1. Fixada a indenização devida, seja por sentença transitada em julgado, seja por acordo judicial ou extrajudicial, a Seguradora efetuará a indenização da importância, a que estiver obrigada, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar após apresentação dos respectivos documentos.

23.14.2. Caso os documentos apresentados não forem suficientes e a Seguradora solicitar outros, no caso de dúvida fundada e justificável, a contagem do prazo de 30 (trinta) dias será suspensa, reiniciando a sua contagem a partir do dia útil subsequente aquele em que forem completamente atendidas as exigências,

23.14.3. Em caso de sinistro que dependa de regulação pelo Ressegurador, o prazo acima ficará interrompido enquanto não houver a autorização deste.

23.14.4. O não pagamento da indenização no prazo acima previsto implicará na aplicação de juros de mora, a partir do final desse prazo, sem prejuízo de sua atualização.

23.15. Sinistros decorrentes de procedimentos sucessivos

23.15.1. Em caso de sinistro causado por procedimentos sucessivos, fica entendido que será considerada como data do sinistro, a do primeiro ato, independentemente da duração dos procedimentos que provocaram o dano, sendo, a indenização, condicionada à existência de cobertura na Apólice, para a data deste primeiro ato.

24. VISTORIA DO SINISTRO

A Seguradora se reserva o direito de realizar visita ao local de risco e/ou local que estiverem relacionados ao sinistro, a fim de apurar a causa do fato gerador reclamado e suas consequências, bem como o montante dos prejuízos sofridos pelo Terceiro pela efetivação do fato gerador previsto e coberto no Contrato de Seguro.

25. PERDA DE DIREITO

25.1. O Segurado perderá o direito a qualquer indenização securitária decorrente da presente Apólice quando:

25.1.1. O SEGURADO, SEU REPRESENTANTE OU CORRETOR DE SEGUROS, FIZER DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO, PERDERÁ O DIREITO À GARANTIA, ALÉM DE FICAR OBRIGADO AO PRÊMIO VENCIDO.

25.1.2. O Segurado está obrigado a comunicar à sociedade Seguradora, logo que saiba, qualquer evento danoso ou potencialmente danoso causado a terceiros, bem como fato suscetível de agravar o risco coberto, ressalvada a possibilidade de perda do direito à indenização se ficar comprovado que silenciou de forma consciente.

25.1.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado ou do seu Corretor de Seguros, a Seguradora poderá:

a) Na hipótese de NÃO ocorrência do sinistro:

- i. Cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;**
- ii. Permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível;**

b) Na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:

- i. Cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido;**
- ii. Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.**

a. 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.

25.1.4. Agravar intencionalmente o risco ou quando deixar de cumprir (i) qualquer das suas obrigações aqui previstas ou (ii) as normas legais em vigor, em especial, aquelas contidas nos artigos 765, 766 e 768 do Código Civil.

25.1.5. Houver tentativa de obter benefícios ilícitos deste Seguro.

25.1.6. Houver fraude ou tentativa de fraude, declarações falsas no questionário ou qualquer outro documento necessário para a avaliação do risco antes de sua contratação.

25.1.7. Houver fraude ou tentativa de fraude, declarações falsas, provocação ou simulação do sinistro, assim como agravação intencional para receber indenização.

25.1.8. O Segurado deixar de cumprir o descrito na Cláusula de Aviso de Sinistro da presente Apólice.

25.1.9. Sob pena de perder o direito à indenização, o Segurado participará o sinistro à sociedade Seguradora, tão logo tome conhecimento, e adotará as providências imediatas para minorar suas consequências.

25.1.10. Não cumprimento das medidas protecionistas de riscos apresentadas formalmente pela Seguradora quando da aceitação do Seguro, medidas estas que deverão constar das especificações da Apólice;

25.2. Em caso de agravamento do risco SEM CULPA do Segurado, este, logo que saiba, fica obrigado a comunicar à Seguradora qualquer fato ou circunstância que venha a agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia;

25.2.1. Feita a comunicação, a Seguradora poderá, dentro do prazo de 15 (quinze) dias seguintes ao do recebimento do aviso de agravamento do risco, optar pela rescisão do Contrato, que se tornará eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, ou pela continuidade do Seguro, com cobrança adicional do prêmio, sendo que, na primeira hipótese, devolverá, no prazo de 10 (dez) dias, a diferença do prêmio correspondente ao tempo restante de vigência da Apólice. Não devolvido o prêmio neste prazo, o valor a ser restituído será atualizado pelo índice definido neste Contrato para tal fim.

26. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

26.1. O Segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo Seguro contra os mesmos riscos, deverá comunicar a sua intenção, previamente, por escrito, a todas as Seguradoras envolvidas, sob pena de perda de direito.

26.2. O prejuízo total, relativo a qualquer sinistro amparado por cobertura contratada nesta Apólice, será constituído pela soma das seguintes parcelas:

26.2.1. Despesas, comprovadamente, efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência de danos a Terceiros, com o objetivo de reduzir sua responsabilidade;

26.2.2. 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 sociedades Seguradoras envolvidas.

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

26.4. 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:

26.4.1. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo Contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do segurado, Limite Máximo de Indenização da cobertura e cláusulas de rateio;

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

- I. 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.

II. Caso contrário, a “indenização individual ajustada” será a indenização individual, calculada de acordo com o item 26.4.1. desta cláusula.

26.4.3. Será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes Apólices, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o item 26.4.2. desta cláusula;

26.4.4. Se a quantia a que se refere o item 26.4.3. for igual ou inferior ao prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada sociedade Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o Segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;

26.4.5. Se a quantia estabelecida no item 26.4.3. for maior que o prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada sociedade Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele inciso.

26.5. A sub-rogação relativa a salvados operar-se-á na mesma proporção da cota de participação de cada sociedade Seguradora na indenização paga.

26.6. Salvo disposição em contrário, a sociedade 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.

27. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES CONTRATADOS

27.1. Fica expressamente pactuado o Índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para atualização, quando couber, de todos os valores contratados, inclusive a franquia, quando não expressa em percentuais, e eventuais importâncias a serem pagas, devolvidas ou complementadas, observadas as disposições específicas de cada cláusula destas condições gerais. No caso de extinção do índice pactuado, será utilizado o Índice que venha a sucedê-lo, em substituição ao previsto nesta cláusula.

27.2. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

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

27.4. Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice do IPCA/IBGE, a partir da data em que se tornarem exigíveis:

27.4.1. No caso de cancelamento do Contrato, por iniciativa do Segurado: a data do recebimento da solicitação de cancelamento;

27.4.2. No caso de cancelamento do Contrato por iniciativa da Seguradora: a data do efetivo cancelamento;

27.4.3. No caso de recebimento indevido de prêmio: a data de recebimento do prêmio;

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

27.5. Os valores relativos a sinistros sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice do IPCA/IBGE, considerando-se as seguintes datas de exigibilidade:

27.5.1. A data da ocorrência do evento, sempre limitados ao valor da indenização definida em sentença transitada em julgado ou em acordo judicial ou extrajudicial, mais os acréscimos legais, no caso de pagamento feito diretamente pela Seguradora ao Terceiro;

27.5.2. A data do efetivo dispêndio pelo Segurado, para as coberturas correspondentes a reembolso de indenizações ou despesas efetuadas.

27.6. Fica desde já entendido e acordado que o limite máximo de garantia previsto na apólice não está sujeito a qualquer tipo de ajuste ou correção.

28. TRANSFERÊNCIA DE APÓLICE

28.1. Em caso de transferência plena dos riscos compreendidos na Apólice, para outra Sociedade Seguradora, a nova Sociedade Seguradora poderá, mediante cobrança de prêmio adicional e desde que não tenha ocorrido solução de continuidade do Seguro, conceder o período de retroatividade e desde que o período de retroatividade seja igual à vigência do Seguro na ocasião da contratação.

28.2. Uma vez fixada a data limite de retroatividade igual ou anterior à da Apólice vencida a nova Sociedade Seguradora precedente, ficará isenta da obrigatoriedade de conceder os prazos complementar e suplementar.

28.3. Se a data limite de retroatividade fixada na nova Apólice for posterior à data limite de retroatividade da Sociedade Seguradora precedente, o Segurado, na Apólice vencida, terá direito a concessão de prazo complementar e, quando contratada, de prazo suplementar.

28.4. Na hipótese prevista no item anterior, a aplicação dos prazos adicionais ficará restrita à apresentação de reclamações de Terceiros relativas aos danos ocorridos no período compreendido entre a data limite de retroatividade da apólice precedente e a data limite de retroatividade da nova Apólice.

29. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

29.1. Efetuado pagamento de indenização ao terceiro e/ou reembolso ao Segurado, cujos recibos valerão como instrumento de cessão, a Seguradora ficará sub-rogada, em todos os direitos e ações do Segurado, até à soma dos valores indenizados, contra aqueles, que, por ato, fato ou omissão, tenham causado os danos ou para eles concorrido, obrigando-se o Segurado a facilitar os meios necessários ao exercício desta sub-rogação.

29.1.1. A Seguradora não poderá se valer do instituto da sub-rogação contra o Segurado.

29.1.2. Salvo Dolo, a sub-rogação não terá lugar se o dano tiver sido causado pelo cônjuge do Segurado, seus descendentes ou ascendentes, consanguíneos e afins, ou, ainda, por seus empregados, prepostos, ou pessoas pelas quais o mesmo for civilmente responsável;

29.1.3. É ineficaz qualquer ato do Segurado que diminua ou extinga, em prejuízo do Segurador, os direitos a que se refere este artigo.

30. DOCUMENTOS DO SEGURO

30.1. São documentos do presente Seguro: a proposta com seus anexos e, quando for o caso, o respectivo questionário e demais informações.

30.2. Nenhuma alteração nesses documentos será válida se não for feita por escrito, receber concordância de ambas as partes contratantes e estar em conformidade com o disposto no tópico “Alteração do Risco”, destas Condições Gerais.

30.3. Não é válida a presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem nos documentos citados nesta Cláusula, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

31. RESCISÃO E CANCELAMENTO

31.1. A expressão CANCELAMENTO DO SEGURO será utilizada se o presente Seguro for dissolvido em data anterior ao término de sua vigência.

31.2. Excetuados os casos previstos em lei, **O CANCELAMENTO DO SEGURO SOMENTE PODERÁ SER EFETUADO NAS SEGUINTE HIPÓTESES:**

31.2.1. POR EXAUSTÃO DO LIMITE AGREGADO de uma das coberturas contratadas, situação em que o cancelamento será específico para aquela cobertura;

31.2.2. Quando a indenização ou a série de indenizações pagas atingirem o Limite Máximo de Indenização para as coberturas especificamente discriminadas e/ou atingir o Limite Máximo de Garantia expressamente estabelecido nesta Apólice.

31.2.3. POR PERDA DE DIREITO DO SEGURADO, situação em que o cancelamento será total, abrangendo todas as coberturas contratadas;

31.2.4. Não houver o pagamento do **respectivo prêmio**, nas circunstâncias descritas no item Pagamento de Prêmio.

31.2.5. POR RESCISÃO, situação em que o **cancelamento** é feito mediante acordo entre as partes, abrangendo quaisquer das coberturas contratadas, respeitados os riscos em curso, mediante aviso prévio de 5 (cinco) dias úteis, formulado, por escrito, por qualquer das partes, e observadas as seguintes condições:

- I. Se a rescisão for **proposta pelo Segurado**, tendo sido o Seguro contratado por 1 (um) ano:
 - i. Tendo sido pago prêmio para um período superior do início de vigência à data do cancelamento, a Seguradora emitirá um endosso com o cancelamento a partir da data de solicitação do mesmo e reterá, além das despesas e do imposto, uma percentagem do prêmio obtida de acordo com a tabela de prazo curto, adotando-se o percentual imediatamente INFERIOR quando se tratar de prazo não previsto na mesma, ou, alternativamente, calculado por interpolação linear no intervalo adequado e efetuará a devida restituição ao Segurado;
 - ii. Quando o prêmio efetivamente pago pelo Segurado, até à data de solicitação do cancelamento, conceder ao mesmo uma cobertura inferior à data de solicitação do cancelamento, fica a Seguradora autorizada a emitir o endosso de cancelamento, ajustando o prazo final de vigência da cobertura em função do prêmio efetivamente pago e, de acordo com a tabela de prazo curto, adotando-se percentual imediatamente INFERIOR, quando se

tratar de prazo não previsto na tabela de prazo curto, ou, alternativamente, calculado por interpolação linear no intervalo adequado.

- II. Se a rescisão for **proposta pela Seguradora**, esta reterá, do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido ("*pro rata temporis*"), restituindo ao Segurado eventual valor remanescente.

31.3. Os valores eventualmente restituídos serão atualizados monetariamente desde a data do recebimento da solicitação do cancelamento, quando a pedido do Segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora, conforme legislação vigente.

32. LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

Os termos e condições deste Contrato de Seguro são regidos pelas leis brasileiras.

33. PRESCRIÇÃO

As ações que derivarem desta Apólice, entre as partes vinculadas pela mesma, prescrevem de acordo com as disposições do Código Civil Brasileiro.

34. FORO

Fica estabelecido que as questões judiciais entre Segurado e Seguradora serão dirimidos no foro do domicílio do Segurado. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diferente do domicílio do Segurado.

35. ARBITRAGEM

Para dirimir qualquer dúvida ou questão resultante deste Contrato de Seguro, entre o Segurado e a Seguradora, é facultada a adesão do Segurado à "Cláusula Compromissória de Arbitragem", nos termos da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, que poderá ser feita mediante assinatura em documento apartado, o qual, uma vez assinado, fará parte integrante do presente Contrato de Seguro.

Ao concordar com a aplicação desta cláusula, o Segurado estará se comprometendo a resolver todos os litígios com esta Seguradora por meio de Juízo Arbitral, cujas sentenças têm o mesmo efeito que as sentenças proferidas pelo Poder Judiciário.

36. OUVIDORIA

A Seguros Unimed, sempre preocupada em garantir a satisfação de seus clientes, instituiu a Ouvidoria, que tem como principal função estreitar o relacionamento com os clientes, mediante a defesa dos seus direitos, esclarecendo-os dos seus direitos e deveres, com o propósito de prevenir e solucionar conflitos.

É um canal de acesso e comunicação diferenciado, em função das suas características de autonomia, independência e imparcialidade.

Ela não substitui e nem invalida a atuação dos canais de atendimento hoje existentes na Companhia, mas está sempre pronta a atendê-lo caso não tenha obtido sucesso em seu pedido e/ou reclamação junto aos outros canais como: Fale Conosco, Central de Relacionamento e outras áreas competentes.

Por meio da Ouvidoria, os clientes podem apresentar suas solicitações que são: as manifestações, reclamações, consultas, comentários, críticas, sugestões e elogios.

Quem pode recorrer à Ouvidoria da Seguros Unimed?

Todos os Segurados (Pessoas Físicas e Jurídicas), seu representante legal, procurador, beneficiários, corretores (atuando em nome dos Segurados), que tenham esgotado as tentativas de solução do problema junto aos demais canais de comunicação da empresa, que não concordem com a decisão adotada pela área responsável e/ou não obtiveram sucesso em seus pleitos junto a Seguros Unimed, e ainda, que não tenham recorrido à esfera judicial.

Como e onde recorrer?

As manifestações direcionadas à Ouvidoria Seguros Unimed, podem ser efetuadas preferencialmente por escrito, contendo, no mínimo: o nome do Segurado, CPF ou CNPJ, ramo do seguro, número da apólice / proposta, número do sinistro (se houver), descrição detalhada do assunto, telefone, e-mail e endereço para contato.

As manifestações podem ser enviadas das seguintes formas:

- a) Pelo site: [www.segurosunimed.com.br /ouvidoria/](http://www.segurosunimed.com.br/ouvidoria/) e preencha o formulário.
- b) Por e-mail: ouvidoria@segurosunimed.com.br
- c) Por carta, diretamente à Ouvidoria da Seguros Unimed, endereçada à Seguros Unimed - Ouvidoria:
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366, 8º andar | Cerqueira César - São Paulo/SP | CEP: 01410-901
- d) Por telefone: 0800 001 2565, no horário das 9 às 18 horas em dias úteis.
- e) Presencial, com atendimento no horário das 9 às 18 horas, em dias úteis, na sede da Seguros Unimed localizada na:
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - 8º andar | Cerqueira César - São Paulo/SP | CEP: 01410-901



Unimed Seguros Patrimoniais S.A. | CNPJ/MF: 12.973.906/0001-71 | Reg. SUSEP 01970
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 | Cerqueira César | São Paulo - SP | CEP: 01410-901
Atendimento Nacional: 0800 016 6633 | Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611
Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565
www.segurosunimed.com.br