

NOTA EXPLICATIVA

Cumpre ao presente instrumento justificar aos interessados a respeito do processo de **contratação do Seguro de Responsabilidade Civil**, a fim de atender às necessidades relativas à Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE PINHAIS, localizada em Pinhais/PR.

Registra-se que, apesar da divulgação realizada e das tentativas de contato junto às seguradoras do ramo, não foi possível obter três propostas formais. Em retorno aos contatos realizados, apenas 02 (duas) seguradoras apresentaram manifestação formal e aceitaram proceder com a análise de risco para envio de proposta, sendo elas:

- **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**, inscrita no CNPJ sob o nº 61.198.164/0001-60, com prêmio total anual proposto de R\$ 12.167,98;
- **CHUBB SEGUROS BRASIL S.A.**, inscrita no CNPJ sob o nº 03.502.099/0001-18, com prêmio total anual proposto de R\$ 12.903,00.

Recebidas as 02 (duas) propostas, verificou-se que a seguradora **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS** apresentou o menor valor, sendo, inclusive, a alternativa inicialmente escolhida, em observância ao princípio da economicidade.

Ocorre que, em razão da possibilidade de sinistralidade e do risco inerente à atividade exercida na unidade, a seguradora realizou análise técnica das informações relacionadas ao local de risco, ao final da qual formalizou o declínio da proposta, recusando a emissão da apólice, conforme manifestação expressa encaminhada por e-mail.

Diante do declínio formal da seguradora que havia apresentado a proposta de menor valor, restou apenas a **CHUBB SEGUROS BRASIL S.A.** como empresa apta e disposta a assumir o risco e emitir a apólice necessária ao atendimento da demanda contratual da unidade.

Ressalta-se que a não obtenção de três propostas não decorreu de falta de iniciativa da instituição, mas sim da ausência de interesse ou da recusa técnica das seguradoras consultadas em assumir o risco apresentado, circunstância alheia à vontade da instituição e devidamente comprovada por meio das tratativas registradas no processo.

Caracterizando situação de carência de fornecedor, nos termos do Art. 16, inciso III, do Regulamento de Compras e Contratações de Obras e Serviços, Locações, Alienações e Utilização de Bens Públicos da S3 Gestão em Saúde;

Art. 16º - Os processos de aquisição de insumos e de contratação de serviços observarão as seguintes regras gerais:

III. Considera-se que há carência de fornecedor na situação em que a pesquisa de preços não é respondida por pelo menos 03 (três) fornecedores, após disponibilização do aviso de pesquisa de preços ou envio da solicitação de orçamento, depois de decorridos, no mínimo, 03 (três) dias úteis;

o que, por sua vez, autoriza a dispensa da exigência de três cotações, conforme previsto no Art. 23, inciso III, do mesmo regulamento;

Art. 23º - É dispensável o processo de contratação quando:

III. Houver carência de fornecedor;

Conclusão

Feita a análise da documentação, considerando as tentativas comprovadas de cotação, o declínio formal da proposta de menor valor e a necessidade de imediata contratação do seguro para atendimento das exigências contratuais da unidade, resta devidamente justificada a contratação da seguradora **CHUBB SEGUROS BRASIL S.A.**, inscrita no CNPJ sob o nº 03.502.099/0001-18, ainda que sem a apresentação de três propostas formais, por motivo alheio à vontade da instituição e devidamente comprovado nos registros do processo.

Reafirma-se, por fim, o integral alinhamento da S3 Gestão em Saúde às orientações desta Comissão, bem como o compromisso institucional com a transparência, a regularidade da execução contratual e o rigor no cumprimento das obrigações previstas no Contrato de Gestão nº 180/2025, permanecendo esta entidade à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se façam necessários.

Tatiane Ferreira Campos
Diretora Geral UPA - Pinhais

Estamos muito felizes por ter você como cliente!

Ao longo da vigência de sua apólice, todos os nossos profissionais estarão prontos para atendê-lo e empenhados em superar suas expectativas, pois a sua satisfação é o nosso mais importante indicador de sucesso.

Neste Kit, você recebe os dados do seu seguro.

Seja bem vindo!

A Chubb é a maior seguradora de propriedade e responsabilidade civil de capital aberto do mundo. Com operações em 54 países, a Chubb oferece seguros comerciais e pessoais de property & casualty, acidentes pessoais e saúde complementar, resseguros e seguros de vida a um grupo diversificado de clientes. A empresa é reconhecida por sua ampla gama de produtos e serviços, extensa capacidade de distribuição, solidez financeira excepcional, excelência em subscrição, expertise na administração de sinistros e operações globais. A matriz da Chubb Limited está listada na Bolsa de Valores de Nova Iorque (New York Stock Exchange) - (NYSE: CB), e é componente do índice S&P 500. A Chubb possui escritórios administrativos em Zurique, Nova Iorque, Londres e outros locais, e emprega cerca de 31 mil pessoas no mundo todo. Para mais informações, consulte o site www.chubb.com/br

Apólice 1.780.073.510
Endosso 0

Segurado

ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E INFANCIA UBAIRA
CNPJ/CPF: 14284483001180

Rua Renato Nunes Ribas, 731 HOSPITAL, Centro, Pinhais - PR, CEP: 83323390

Ramos

Ramo	Descrição	Limite Máximo de Garantia	Prêmio Líquido
0378	R.C. Profissional	3.000.000,00	12.016,21

Demonstrativo do Prêmio

	(R\$)	(R\$)
Prêmio Chubb	12.016,21	
Prêmio Congêneres	0,00	
Desconto	0,00	
Prêmio Líquido Chubb	12.016,21	
Prêmio Líquido Congêneres	0,00	
Sub-Total		12.016,21
Juros Chubb	0,00	
Juros Congêneres	0,00	
Custo de Apólice	0,00	
IOF	886,80	
Total		12.903,01

Corretor	Susep	Cód. Chubb
SAFETY LIFE CORRETORA DE SEGUROS LTDA ME	00000202050605	951394

Vigência

Das 24:00 hrs do dia 23/01/2026 às 24:00 hrs do dia 23/01/2027

Rio de Janeiro, 2 de Fevereiro de 2026 - 9:56hrs

Leandro Martinez Raymundo - Presidente
Chubb Seguros Brasil S.A.

Nº de Proposta: 15.738.837

CNPJ 03.502.099/0001-18

Cláusula Especial de Fracionamento de Prêmio

Quadro de Vencimento da(s) Parcela(s)

Nº da Parc.	Prêmio Líquido	Adic./Juros	IOF	Valor da Parcela	Vencimento
1	2.403,24	0,00	177,36	2.580,60	a vista
2	2.403,24	0,00	177,36	2.580,60	28/02/2026
3	2.403,24	0,00	177,36	2.580,60	28/03/2026
4	2.403,24	0,00	177,36	2.580,60	28/04/2026
5	2.403,24	0,00	177,36	2.580,60	28/05/2026

Valores Expressos na Moeda: Real
Taxa de juros Utilizada ao mês: 0 %
Forma de pagamento do prêmio: Carnê
Valor aproximado dos tributos: R\$ 2.154,80 (16,70 %). Fonte: IBPT

Em atendimento à Lei 12.741/12 informamos que incidem as alíquotas de 0,65% de PIS/Pasep e de 4% de COFINS sobre os prêmios de seguros, deduzidos do estabelecido em legislação específica.

Identificação na Seguradora

Filial: Rio de Janeiro
Código do Cliente: 35320222
Tipo de Documento: FIXED POLICY

Fale Conosco

SAC - Serviço de atendimento ao consumidor

0800 703 66 65 - 24 horas / 7 dias por semana

SAC - Serviço de atendimento ao consumidor para deficientes auditivo

0800 724 50 84 - 24 horas / 7 dias por semana

Atendimento ao Corretor

3003 4364 - Capitais e regiões metropolitanas 0800 737 0050 - Demais Localidades - 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h

Dados da Ouvidoria

A Ouvidoria é um canal de comunicação, imparcial e independente, que Chubb Seguros disponibiliza para seus clientes. É dever desta área atuar de acordo com as normas relativas aos direitos dos consumidores e a mediar, esclarecer, prevenir e/ou solucionar possíveis conflitos.

Este canal de comunicação só pode ser utilizado quando clientes não encontrarem uma solução satisfatória para suas reclamações, nos meios tradicionais de atendimento das Companhias (SAC – Serviço de Atendimento ao Consumidor; Fale Conosco; Sinistros, entre outros).

E-mail: ouvidoria@chubb.com

Telefone: 0800 722 5059 – De segunda-feira a sexta-feira, das 08h às 18h (exceto feriados)

Telefone para Pessoas com Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 724 5084 – De segunda-feira a sexta-feira, das 08h às 18h (exceto feriados).

Caixa Postal: 310 – Agência 72300019 – CEP 01031-970.

Plataforma digital para registro de reclamações de mercados supervisionados pela SUSEP: www.consumidor.gov.br

Disque Fraude

Disque fraude: 0800 770 8135 ou denuncia@chubb.com. Se você conhece ou suspeita de alguma fraude aos seguros contratados junto à Chubb, denuncie. O canal é gratuito e sigiloso, dedicado a receber ligações de segunda-feira à sexta-feira das 08h às 18h (exceto feriados).

Informações SUSEP

As condições contratuais deste produto protocolizadas pela Chubb Seguros Brasil S.A. junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o(s) número(s) de processo(s) constante(s) na apólice / certificado. Se preferir, poderá também consultá-las em nosso site e/ou solicitá-las através dos nossos canais de atendimento. SUSEP - Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros. Atendimento Exclusivo aos Consumidores 0800 021 8484 (somente ligações oriundas de telefones fixos) ou pelo WhatsApp (21) 97684-7806, de segunda a sexta (exceto feriados), das 9h30 às 17h.

Seguro: Responsabilidade Civil Profissional

Processo Susep nº: 15414.000702/2008-64

Co-Segurado:

Não há

Renovação da apólice:

Seguro Novo

Detalhamento do Seguro Contratado

R.C. Profissional

Cobertura	LMG* (R\$)	Prêmio (R\$)
RC Profissional Hospitais e Clínicas	3.000.000,00	12.016,21

* Limite Máximo de Garantia por Cobertura Contratada.

Franquias:

Franquia Mínima	R\$ 10000 - Dedutível por sinistro.
Participação Obrigatória do Segurado	10% dos prejuízos indenizáveis

**APÓLICE DE SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL PARA
HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E DEMAIS PRESTADORAS DE SERVIÇOS MÉDICOS.**

Processo Susep nº: 15414.000702/2008-64

Item 1	Segurado	Nome: ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E INFANCIA UBAIRA CPF: 14.284.483/0011-80
Item 2	Período de Vigência da Apólice	A Apólice vigorará a partir das 24:00 horas do dia 23/01/2026 e terminará às 24:00 horas do dia 23/01/2027
Item 3	Limite Máximo de Garantia	R\$ 3.000.000,00
Abrangência da Indenização		
Item 3.1a	Condenações pecuniárias provenientes de sentenças judiciais transitadas em julgado ou decisões arbitrais finais proferidas contra o Segurado	
Item 3.1b	Acordos judiciais ou extrajudiciais negociados com o consentimento prévio e por escrito da Seguradora	
Item 3.1c	Custos de Defesa referentes a reclamações cobertas	
Item 3.1d	Contenção de sinistros e salvamento	
Coberturas		
Item 3.2a	Processos judiciais civis e/ou procedimentos administrativos propostos por terceiros em face do Segurado visando responsabilizá-lo civilmente por danos materiais e/ou danos estéticos e/ou danos morais e/ou danos corporais	Sub-limite: R\$ 3.000.000,00
Item 3.2b	Custos de defesa, exclusivamente destinados ao processo de defesa do Segurado, desde que decorrentes de um fato gerador descrito no item "3.2 a" acima	Sub-limite: R\$ 3.000.000,00

Item 3.2c	A Seguradora responderá também, pelos custos de defesa na esfera disciplinar, em defesas e explicações perante os respectivos conselhos, desde que relacionada a um risco coberto por este mesmo Seguro.	Sub-limite: R\$ 3.000.000,00
Item 3.2d	A Seguradora responderá também, pelos custos de defesa na esfera criminal, exclusivamente por atos médicos incidentais causados a terceiros e cobertos pela presente apólice	Sub-limite: R\$ 3.000.000,00
Item 3.2e	A Seguradora responderá também, pelas despesas incorridas com contenção de sinistro e salvamento, devidamente comprovadas, ou, na ausência de comprovantes, confirmadas por vistoria, avaliação ou perícia técnica da Seguradora	Sub-limite: R\$ 3.000.000,00
Item 4	Período de Retroatividade	Limitada a data de início de vigência da Apólice
Item 5	POS/Franquia (Por Sinistro)	10% dos prejuízos indenizáveis com mínimo de R\$ 10000 por sinistro
Item 6	Âmbito de Cobertura	Reclamações iniciadas no território brasileiro
	Jurisdição	Legislação e Jurisdição brasileiras
Item 7	Prêmio Líquido	R\$ 12.016,21
Item 8	Atividade Profissional	Outras Clínicas de Consulta - sem cirurgia e sem emergência; Outras clínicas de consulta com cirurgias de pequeno porte e day clinic; Clínica de urgência e emergência;
Item 9	Prazo Complementar	12 Meses
Item 10	Prazo Suplementar	12 meses (100% (cem por cento) do prêmio anual da apólice)
Item 11	Condições Especiais e Condições Particulares	Condições Gerais Responsabilidade Civil Profissional para RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL PARA HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E DEMAIS PRESTADORAS DE SERVIÇOS MÉDICOS

Extensões de Coberturas

Não há.

Locais de Risco:

Item 1 - Rua Renato Nunes Ribas, 731 HOSPITAL, Pinhais - PR, CEP: 83323390

Estipulante:

CPF/CNPJ:

Item 2 - Rua Quinze de Outubro, 190 HOSPITAL, Pinhais - PR, CEP: 83323040

Estipulante:

CPF/CNPJ:

Questionário

Número de Médicos	De 41 até 100
Número de pacientes anual	Até 10.000
Categoria da Instituição	Privada.
Faturamento Anual (R\$)	Até R\$ 37.500.000,00
Proponente/Segurado fornece qualquer serviço de Cirurgia Plástica?	Não
Proponente/Segurado possui prontuário de seus pacientes?	Não
Proponente/Segurado fornece serviço estético invasivo?	Não
Procedimentos associados	Não há
Existem reclamações contra o proponente por danos causados pela prestação de seus serviços?	Não
O proponente tem conhecimento de algum fato ou circunstância que possam resultar/gerar reivindicações ou reclamações, em decorrência de serviços profissionais prestados?	Não
A proponente alguma vez pagou por uma reclamação com fundos próprios?	Não

CLÁUSULA PARTICULAR PARA DESPESAS DE CONTENÇÃO E SALVAMENTO DE SINISTROS

Informamos que a Chubb Seguros está se adequando às novas regras estipuladas pela nova Lei de Seguros nº 15.040/24, que entrará em vigor a partir de 11 de dezembro de 2025. Em conformidade com essas determinações, será considerado um limite de R\$ 50.000,00 para despesas com contenção e salvamento de sinistros em todas as emissões de apólices com início de vigência a partir de 11 de dezembro de 2025.

De acordo com o artigo 67 da referida Lei, as despesas de contenção e salvamento de sinistros devem ser pactuadas na emissão da apólice, sem prejuízo à garantia do seguro.

CLÁUSULA PARTICULAR PARA COBERTURA ADICIONAL DE CUSTOS DE DEFESA

Informamos que a Chubb Seguros está se adequando às novas regras estipuladas pela Lei de Seguros nº 15.040/24, que entrará em vigor a partir de 11 de dezembro de 2025. Em razão disso, os custos de defesa apresentados nas cotações como sublimites da cobertura básica serão desconsiderados passando a ser uma única cobertura adicional, com Limite Máximo de Indenização (LMI) de R\$ 25.000,00 e prêmio de R\$ 100,00 que será somado ao Limite Máximo de Garantia da Apólice (LMG).

Conforme dispõe o artigo 98 da referida Lei, a cobertura de Custos de Defesa deverá ser contratada com limite específico e diverso. Dessa forma, esta cotação já contemplará tal alteração nas emissões de apólices para riscos com início de vigência a partir de 11 de dezembro de 2025.

Atenção:

Por favor, leia sua apólice cuidadosamente. Esta apólice é à base de reclamações com notificação. Algumas cláusulas aqui descritas restringem a cobertura do seguro, especificando o que está ou não coberto e determinando direitos e deveres.

*As palavras que se encontra em negrito ao longo desta **Apólice**, foram definidas e devem ser entendidas indistintamente em sua forma singular ou plural de acordo com sua definição. Os títulos e subtítulos utilizados na cláusula de Definições abaixo são estritamente enunciativos. Portanto devem ser interpretados de acordo com o texto que os acompanham.*

CONDIÇÕES PARA O SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL PARA HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E DEMAIS PRESTADORAS DE SERVIÇOS MÉDICOS
--

SEGURO À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÕES**1. DEFINIÇÕES**

APÓLICE: É o documento através do qual a **Seguradora** formaliza a aceitação do seguro, definindo os valores e as condições pactuadas nessa aceitação. Considera-se também como apólice, o questionário e os endossos de alteração das condições pactuadas.

APÓLICE À BASE DE OCORRÊNCIA: Aquela que define como objeto do seguro o pagamento e/ ou reembolso, a título de perdas e danos, devido a terceiros pelo **Segurado**, a título de reparação de danos, estipuladas por tribunal civil ou acordo aprovado pela sociedade **Seguradora**, desde que:

- A) Os danos tenham ocorrido durante o período de vigência da **apólice**, e desde que o **Segurado** pleiteie a **indenização** durante a vigência da **apólice** ou nos prazos prescricionais em vigor.
- B) O **Segurado** pleiteie a **indenização** durante a vigência da **apólice** ou nos prazos prescricionais em vigor.

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÃO: Aquela 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.

ATO MÉDICO: procedimento profissional que o **Segurado** e/ou todos seus empregados reconhecidos como profissionais de saúde habilitados juntos aos seus Órgãos de Classe, prestam a Terceiros, incluindo, mas não limitando a consultas médicas, consultas odontológicas, prescrições e/ou administração de medicamentos, procedimentos cirúrgicos, tratamentos, serviços laboratoriais, emissão de documentos médicos, serviços de enfermagem, serviços de fisioterapia, serviços de nutrição, serviços de psicólogos e demais procedimentos profissionais necessários à prestação de serviços de saúde.

ATOS ILÍCITOS DOLOSOS: são os **danos** diretamente causados por qualquer pessoa ou grupo de pessoas que tenha agido contra **terceiros** com intenção de causar prejuízo e/ou obter qualquer tipo de vantagem.

AVISO DE SINISTRO: é a comunicação formal específica de uma **reclamação** de **terceiros** efetuada durante o período de vigência da apólice ou que seja efetuada durante o Prazo Complementar ou Prazo Suplementar, que o segurado é obrigado a fazer à Seguradora com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do sinistro.

COBERTURAS: conjunto de proteções concedidas pelo contrato de seguro, de conformidade com as condições contratadas.

COBERTURA BÁSICA: são aquelas sem as quais o contrato de seguro não pode ser constituído.

COBERTURAS OPCIONAIS: são as **coberturas** complementares às **coberturas básicas**.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou **coberturas** de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou **cobertura** de um plano de seguro, que eventualmente alteram as **Condições gerais**.

CONDIÇÕES PARTICULARES: conjunto de cláusulas que alteram as **Condições gerais** e/ou Especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a **cobertura**.

CORRETOR: profissional autorizado pelos órgãos competentes para promover a intermediação de contratos de seguro e sua administração.

CUSTO DE DEFESA: são todos os emolumentos, honorários advocatícios, laudos periciais, [encargos de tradução](#), depósitos recursais, fianças, sucumbências e demais despesas (judiciais ou extrajudiciais) necessárias para a defesa do **Segurado** por decorrência de uma **reclamação** coberta pelo presente seguro.

DANO: São os prejuízos e ofensas sofridos por terceiros por ação ou omissão cuja responsabilidade seja atribuída ao **Segurado**. Os **danos** são classificados em materiais, corporais, estéticos e/ou morais.

DANO CORPORAL: **danos** físicos às pessoas, incluindo, mas não limitado a lesão, incapacidade ou morte, perda total ou parcial de um órgão, sentido ou função decorrentes de um **ato médico incidental** causado a **terceiros**.

DANO ESTÉTICO: Transformações ou ofensa à harmonia física da pessoa, caracterizado por deformações permanentes ou de remoção total ou parcial mediante a submissão de novos atos médicos cirúrgicos, incluindo, mas não limitado a marcas, manchas, cicatrizes, ematomas e queimaduras.

DANO MATERIAL: danos físicos causados a propriedade tangível, entendidos pela presente **apólice** como lucros cessantes, despesa médica e hospitalar, medicamentos, viagens, contratação de serviços de enfermeiros, psicólogos e demais prejuízos auferidos pelo terceiro reclamante decorrente de um **ato médico incidental** causado a terceiros.

DANO MORAL: dano causado de forma involuntária a **terceiros**, que traz como consequência ofensa a honra, ao afeto, à liberdade, à profissão, ao respeito aos mortos, à psiquê, à saúde, ao nome, ao crédito, ao bem estar e à vida, sem necessidades de ocorrência de prejuízo financeiro decorrentes de um **ato médico incidental** causado a terceiros.

DATA RETROATIVA DE COBERTURA: data igual ou anterior ao início de vigência da primeira de uma série sucessiva e ininterrupta de apólices à base de reclamações, a ser pactuada pelas partes por ocasião inicial do seguro.

ENDOSSO: é o documento expedido pela **Seguradora**, durante a vigência do contrato, pelo qual esta e o **Segurado** acordam quanto à alteração de dados, modificam as condições ou o objeto do seguro.

EXTRAVIO DE DOCUMENTOS: se caracterizam com o desaparecimento de documentos por motivo de força maior ou caso fortuito.

FATO GERADOR: acontecimento acidental e imprevisto que resulta em **dano corporal**, estético, material e/ou moral causado a um terceiro decorrente de um ato médico incidental coberto pela 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 reclamante.

FRANQUIA / PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA: valor até o qual o **Segurado** responde obrigatoriamente pelos prejuízos de um **Sinistro** coberto. A responsabilidade da **Seguradora** inicia-se apenas e tão somente no que excede o valor da **franquia**.

A **franquia** pode ser um valor fixo ou percentual aplicável sobre os valores reclamados ou ambos, conforme descrito no item “5” da especificação da **apólice**.

FURTO DE DOCUMENTOS: se caracteriza pela subtração sem que tenha havido o emprego de qualquer força ou violência para obtenção de documentos e, quando qualificado se caracteriza pela subtração mediante destruição ou rompimento de obstáculo, bem como abuso de confiança, para obtenção dos documentos.

INDENIZAÇÃO: É o valor monetário pago pela **Seguradora** em decorrência de **fato gerador** coberto por este seguro.

INSPEÇÃO: termo utilizado para definir ato da **Seguradora** em realizar trabalho de visita ao local do **risco** para inspecioná-lo e, mediante relatório detalhado, tomar prévio conhecimento do mesmo para fins de aceitação e taxação e/ou rejeição do risco.

LIMITE AGREGADO: Valor total máximo indenizável por **cobertura** no contrato de seguro, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos ou despesas relacionadas aos **Sinistros** ocorridos, sendo previamente fixado e estipulado como produto do **limite máximo de indenização** por um fator superior ou igual a um, devidamente descrito no item “01” da especificação da presente **apólice**.

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO: Representa o valor máximo de responsabilidade assumida pela **Seguradora**, relativo a reclamação ou série de reclamações indenizáveis pelo presente seguro. Os limites máximos de indenização estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando e não se comunicando.

LOCAL DE RISCO: São todos os locais de propriedade, alugados, controlados e/ou utilizados pelo **segurado** para prestar **serviços profissionais médicos a terceiros**. Os locais deverão estar devidamente descritos no item 10 da especificação da **apólice**.

NOTIFICAÇÃO: para efeito deste Seguro, meio do qual o **Segurado** comunica à **Seguradora**, por escrito, fatos ou circunstâncias que podem dar origem a reclamações futuras amparadas pelo seguro.

PERÍODO DE RETROATIVIDADE: corresponde ao espaço de tempo compreendido entre a **data retroativa de cobertura** e a do início de vigência da **apólice** em curso.

PERÍODO DE VIGÊNCIA: é o período de validade da **apólice**, que deve ser no mínimo de 1 (um) ano.

PRAZO COMPLEMENTAR: prazo adicional para apresentação, pelo **Segurado**, de reclamações de terceiros, a ele concedido, obrigatoriamente, pela **Seguradora**, sem cobrança de qualquer prêmio adicional, a partir do término de vigência da **apólice** ou da data de seu cancelamento.

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

PRÊMIO: É o valor que o **Segurado** paga à **Seguradora** para que esta assuma os efeitos econômicos dos **riscos** cobertos pelo seguro.

PROPONENTE: pessoa jurídica que pretende fazer um seguro.

PROPOSTA DE SEGURO: é o instrumento que formaliza o interesse do **proponente** ou estipulante em efetuar 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 escrita ou não do terceiro prejudicado contra o **Segurado** por **atos médicos danosos** cobertos pelo presente seguro.

RATEIO: É o cálculo da **indenização** previsto nos seguros à primeiro **risco**, que prevêem uma participação proporcional do **Segurado** nos prejuízos.

RISCO: É a possibilidade de um acontecimento acidental ou inesperado, causador de **dano** ou um prejuízo financeiro.

RISCO COBERTO: É o efetivo acontecimento acidental ou inesperado, causador de **dano** ou um prejuízo financeiro contra o qual é feito o seguro e que a **Seguradora** tem o dever de indenizar, desde que dentro dos parâmetros de **coberturas**, prazos e limites contratados pelo **Segurado** descritos na presente **apólice**.

REGULAÇÃO DE SINISTRO: Trata-se do processo de avaliação das causas, conseqüências, circunstâncias e apuração dos prejuízos devidos ao **Segurado** e do direito deste à **indenização**.

ROUBO DE DOCUMENTOS: se caracteriza pela subtração de documentos mediante grave ameaça ou violência, reduzindo a possibilidade de resistência da vítima.

SALVADOS: todos os remanescentes materiais de um **Sinistro** ocorrido que pertencem à **Seguradora** após a **indenização** do **Sinistro**, devendo ser preservados pelo **Segurado**.

SEGURADO: É pessoa Jurídica contratante do seguro, na qualidade de prestador de serviços médicos com habilitação reconhecida pelos respectivos conselhos competentes e devidamente descrita no item “1” da especificação da **apólice**.

SEGURADORA: é a **Chubb Seguros Brasil S/A**, empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil como tal e que recebendo o **prêmio**, assume o **risco** e garante a **indenização** em caso de ocorrência de **sinistro** amparado pelo contrato de seguro.

SEGURO A PRIMEIRO RISCO ABSOLUTO: em caso de **sinistro**, a **Seguradora** responderá pelo pagamento dos prejuízos até o **Limite máximo de indenização** ou **Limite agregado** indicado na **apólice**. Neste caso não se aplica a cláusula de **rateio**.

SERVIÇOS PROFISSIONAIS MÉDICOS: Conjunto de **atos médicos** que caracterizam a prestação de serviços do **Segurado** aos seus respectivos clientes/ pacientes.

SINISTRO: É o termo que define o acontecimento do **fato gerador** previsto e coberto no contrato deste seguro.

SUCUMBÊNCIA: O princípio da **sucumbência** atribui à parte vencida em um processo judicial o pagamento de todos os gastos decorrentes da atividade processual.

TERCEIRO: pessoa física que recebeu a prestação de **serviços profissionais médicos** e/ou seus representantes legalmente constituídos para pleitear reparações de **danos**.

USO E CONSERVAÇÃO DO IMÓVEL: o estado do imóvel e condições de manutenção do(s) local(is) onde se encontram e são desenvolvidas as atividades profissionais do **Segurado**.

VISTORIA DE SINISTRO: termo utilizado para definir ato do **Segurador** em realizar trabalho de visita ao local da ocorrência do **Sinistro**, a fim de apurar o montante dos prejuízos sofridos pelo **terceiro** pela efetivação do **fato gerador** previsto e coberto no contrato de seguro.

2. OBJETO DO SEGURO

2.1. O objeto do presente seguro é o pagamento, a título de **indenização** securitária pela **Seguradora** ao terceiro beneficiário, por danos causados pela prestação de **serviços profissionais médicos** pelos quais o **Segurado** seja responsabilizado civilmente nos termos desta **Apólice**, das **coberturas** contratadas e especificadas nesta **Apólice**, observadas as exclusões e limitações aqui expressamente previstas.

2.2. Fica esclarecido entre as partes que esta **apólice** é à **base de reclamação com notificação**, ou seja, que tem como objeto o pagamento de **indenização** securitária com base em **Reclamações** apresentadas à **Seguradora** entre o início de vigência desta **Apólice** e o fim do **Prazo complementar** ou **Prazo suplementar**, exclusivamente sobre os **fatos geradores** verificados entre a **Data retroativa de cobertura** e a do término da vigência desta **apólice**, conforme o caso.

2.3. Durante o **período de vigência** desta **apólice**, é facultado ao **Segurado** notificar a **Seguradora** sobre a ocorrência de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias que possam originar uma **reclamação**. A **notificação** também poderá ser dirigida à **Seguradora** durante o **Prazo complementar** e quando contratado, o **Prazo suplementar**.

Fica entendido que a **notificação**, quando válida, garante ao **Segurado** o direito à **indenização** securitária mesmo após o término dos prazos supra mencionados, caso venha se configurar a **reclamação**. A mera suspeita com relação uma possível **reclamação** não implica na necessidade de **notificação** à **Seguradora**, devendo o **Segurado** tão somente fazê-lo quando existir prova documental que fundamente tal expectativa.

3. ABRANGÊNCIA DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA

3.1. Para os efeitos da presente cobertura securitária, assim que constatada a existência de uma **Reclamação** coberta pela presente **apólice**, este seguro indenizará **terceiros** pelos valores diretamente decorrentes de:

- a) Condenações pecuniárias provenientes de sentenças judiciais transitadas em julgado ou decisões arbitrais finais proferidas contra o **Segurado**;
- b) Acordos judiciais ou extrajudiciais negociados com o consentimento prévio e por escrito da **Seguradora**; e

c) Custos de Defesa referentes a reclamações cobertas.

3.2. Coberturas Do Seguro

Desde que observadas todas as disposições desta **apólice**, as **coberturas** aqui previstas garantem o pagamento de **indenização** ao **Segurado**, até o **Limite máximo de indenização**, devidamente estipulado no Item "3" da especificação da **apólice**, desde que decorrente de **atos médicos danosos**, cometidos pelo **Segurado** contra **terceiros** no **exercício** de seus **serviços profissionais médicos**.

3.2.1. Processos judiciais civis e/ou procedimentos administrativos propostos por **terceiros** em face do **Segurado** visando responsabilizá-lo civilmente por **danos materiais** e/ou **danos estéticos** e/ou **danos morais** e/ou **danos corporais**.

3.2.2. **Custos de defesa**, exclusivamente destinados ao processo de defesa do **Segurado**, desde que decorrentes de um fato gerador descrito na cláusula "3.2.1" acima.

3.2.3. A **Seguradora** responderá também, pelos **custos de defesa** na esfera disciplinar, em defesas e explicações perante os respectivos conselhos, desde que relacionada a um **risco coberto** por este mesmo Seguro.

3.2.4. A **Seguradora** responderá também, pelos **custos de defesa** na esfera criminal, **exclusivamente** por **atos médicos** incidentais causados a **terceiros e cobertos pela presente apólice**.

Fica entendido e acordado que as coberturas descritas na cláusula 3.2 acima estão incluídas no **Limite máximo de indenização**, prevalecendo os termos descritos na cláusula "07" da presente **apólice**.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

A Seguradora ficará desobrigada de indenizar ou de efetuar qualquer pagamento com base nesta Apólice, quando da ocorrência de qualquer uma das situações listadas nas cláusulas abaixo ou quando e na medida em que uma reclamação estiver relacionada direta ou indiretamente a qualquer uma de referidas circunstâncias:

4.1. PRATICAR VOLUNTARIAMENTE ATOS MÉDICOS PROIBIDOS POR LEIS OU POR REGULAMENTAÇÕES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITÁRIAS OU OUTRAS AUTORIDADES COMPETENTES DE NORMAS E RESOLUÇÕES NO QUE SE REFERE AOS PARÂMETROS ESTABELECIDOS PELOS CONSELHOS FEDERAIS DE SERVIÇOS MÉDICOS PROFISSIONAIS CONSIDERADOS NO PRESENTE SEGURO;

4.2. OS ATOS MÉDICOS PRATICADOS PELO SEGURADO QUANDO SUA LICENÇA PARA EXERCER A PROFISSÃO ESTIVER SUSPENSA, REVOGADA, EXPIRADA OU NÃO RENOVADA JUNTO ÀS ENTIDADES DE CLASSE RESPONSÁVEIS POR ESTE CONTROLE NA ÉPOCA DA REALIZAÇÃO DO ATO MÉDICO QUE ENSEIOU A RECLAMAÇÃO;

4.3. RECLAMAÇÕES POR ATOS MÉDICOS PRATICADOS PELO SEGURADO SOB O EFEITO DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS, ENTORPECENTES E/OU DE ALCOÓL;

4.4. A RESPONSABILIDADE CIVIL ATRIBUÍDAS A OUTROS HOSPITAIS, PLANOS DE SAÚDE, CONVÊNIOS,

COOPERATIVAS DE TRABALHO OU INSTITUIÇÕES SIMILARES E QUE NÃO ESTEJAM DEVIDAMENTE DESCRITAS NO ITEM 01 – SEGURADO DA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE. FICAM TAMBÉM EXCLUÍDOS, QUAISQUER TIPOS DE RESPONSABILIDADE ATRIBUÍDOS A FABRICANTES DE REMÉDIOS OU DE EQUIPAMENTOS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS BEM COMO ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS;

4.5. RADIAÇÕES IONIZANTES OU QUAISQUER OUTRAS EMANAÇÕES HAVIDAS NA PRODUÇÃO, TRANSPORTE, UTILIZAÇÃO OU NEUTRALIZAÇÃO DE MATERIAIS FÍSSEIS E SEUS RESÍDUOS, E QUAISQUER FATOS GERADORES DECORRENTES DE ENERGIA NUCLEAR, COM FINS PACÍFICOS OU BÉLICOS E TAMBÉM QUALQUER PERDA, DESTRUIÇÃO, DANO OU RESPONSABILIDADE LEGAL DIRETA OU INDIRETAMENTE CAUSADOS POR, RESULTANTES DE, OU PARA OS QUAIS TENHA CONTRIBUÍDO MATERIAL DE ARMAS NUCLEARES.

FICA, PORÉM, ENTENDIDO E ACORDADO QUE ESTA EXCLUSÃO NÃO SE APLICARÁ QUANDO OS DANOS DECORREREM DO USO EXCLUSIVAMENTE TERAPÊUTICO DA ENERGIA NUCLEAR, NO ESTABELECIMENTO DO SEGURADO E SOB SUA SUPERVISÃO DIRETA;

4.6. PEDIDOS DE REEMBOLSO DE HONORÁRIOS PROFISSIONAIS JÁ PAGOS, MESMO QUANDO DECORRENTES DE RISCO COBERTO POR ESTA APÓLICE;

4.7. FATOS GERADORES OCORRIDOS EM PERÍODO ANTERIOR AO ESTABELECIDO NA “DATA RETROATIVA DE COBERTURA” (ITEM 04 – PÁG 01), CONHECIDO OU NÃO PELO SEGURADO. ESTARÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS, OS FATOS GERADORES OCORRIDOS ENTRE O PERÍODO DA DATA RETROATIVA DE COBERTURA E O INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, QUE SEJAM CONHECIDOS PELO SEGURADO;

4.8. ATOS ILÍCITOS DOLOSOS, CRIMINAIS E/OU FRAUDULENTOS PRATICADOS PELO SEGURADO, SEUS BENEFICIÁRIOS E RESPECTIVOS REPRESENTANTES LEGAIS.

PARA A PRESENTE APÓLICE, A REFERIDA EXCLUSÃO APLICA-SE AOS SÓCIOS CONTROLADORES, AOS SEUS DIRIGENTES E ADMINISTRADORES LEGAIS, AOS BENEFICIÁRIOS E AOS SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;

4.9. CONDENAÇÕES JUDICIAIS APLICADAS AO SEGURADO, DE CARÁTER PUNITIVO OU EXEMPLAR, BEM COMO MULTAS E/OU PENALIDADES APLICADAS AO SEGURADO, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO A MULTAS CONTRATUAIS E EXTRA CONTRATUAIS, IMPOSIÇÃO DE PENALIDADES NÃO PECUNIÁRIAS E/OU CONCESSÃO ESPONTÂNEA DE GARANTIAS PESSOAIS OU REAIS POR PARTE DO SEGURADO;

4.10. RESPONSABILIDADES ASSUMIDAS PELO SEGURADO POR CONTRATOS OU CONVENÇÕES, PROMESSAS ESCRITA OU NÃO, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO AO RESULTADO DE QUALQUER TRATAMENTO MÉDICO MINISTRADO PELO SEGURADO, RECLAMAÇÕES POR RESULTADOS INSATISFATÓRIOS AO DESEJADO, PROPAGANDA MÉDICA, OU POR QUALQUER OUTRO TIPO DE ACORDO QUE NÃO SEJAM DECORRENTES DE OBRIGAÇÕES CIVIS LEGAIS;

4.11. 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.

FICAM AINDA EXCLUÍDOS, AS RECLAMAÇÕES APRESENTADAS PELO SEGURADO CONTRA OUTROS SEGURADOS DESCRITOS NA APÓLICE;

4.12. RESPONSABILIDADE DO SEGURADO DECORRENTE DE RECLAMAÇÕES POR ATOS DE GESTÃO EMANADA DA SUA ATUAÇÃO COMO PROPRIETÁRIO, SÓCIO, ACIONISTA, DIRETOR, DIRETOR EXECUTIVO, ADMINISTRADOR, DIRETOR MÉDICO OU CARGO E/OU ATRIBUIÇÃO SIMILAR;

4.13. 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. FICA ENTENDIDO E ACORDADO QUE TAL EXCLUSÃO NÃO SE APLICA QUANDO OS REFERIDOS EMPREGADOS ESTIVEREM NA CONDIÇÃO DE PACIENTE;

4.14. RECLAMAÇÕES DE TERCEIROS POR ALEGADOS ATOS DE CALÚNIA, INJÚRIA E/OU DIFAMAÇÃO. FICAM IGUALMENTE EXCLUÍDAS AS RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE ABUSO FÍSICOS E SEXUAIS PRATICADOS OU ALEGADAMENTE PRATICADOS PELO SEGURADO;

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

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

4.17. 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;

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

4.19. 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 EXCLUÍDAS QUAISQUER TIPO DE RECLAMAÇÕES RELACIONADAS COM O USO ASBESTOS;

4.20. RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE PRODUTOS DEFEITUOSOS E/OU COM VÍCIOS, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO A MEDICAMENTOS PRESCRITOS PELO SEGURADO;

4.21. 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;

4.22. DANOS A VEÍCULOS SOB GUARDA DO SEGURADO E OS DANOS CAUSADOS POR VEÍCULOS UTILIZADOS PELO SEGURADO;

4.23. RECLAMAÇÕES DECORRENTES POR DANOS SOFRIDOS POR TERCEIROS DECORRENTES DE QUALQUER MEIO

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;

4.24. OS ATOS MÉDICOS PRATICADOS COM TÉCNICA, MEDICAMENTOS E/OU EQUIPAMENTOS NÃO RECONHECIDOS PELA CIÊNCIA MÉDICA E/OU ÓRGÃOS COMPETENTES E, AINDA, OS ATOS MÉDICOS ENVOLVENDO TÉCNICAS EXPERIMENTAIS;

4.25. DANOS DECORRENTES DE SERVIÇOS HEMOTERÁPICOS PRESTADOS POR BANCOS DE SANGUE A TERCEIROS DENTRO OU FORA DOS LOCAIS DE RISCO DO SEGURADO;

4.26. 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;

4.27. RECLAMAÇÕES BASEADAS EM, RESULTANTES DE OU COMO CONSEQUÊNCIA DE QUALQUER ATO OU FATO RELACIONADO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS QUE NÃO SEJAM REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DA ÁREA MÉDICA, COMESPECILIDADES DEVIDAMENTE RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB) E COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM).

4.28. RECLAMAÇÕES BASEADAS EM, RESULTANTES DE OU COMO CONSEQUÊNCIA DE QUALQUER ATO OU FATO RELACIONADO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS QUANDO O SEGURADO FIGURAR NA AÇÃO COMO OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE.

4.29. ESTÃO EXCLUÍDAS DA PRESENTE APÓLICE RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE CIRURGIAS PLÁSTICAS ESTÉTICAS.

4.30. ESTÃO EXCLUÍDAS DA PRESENTE APÓLICE RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS QUE ENVOLVAM TOXÍNA BOTULÍNICA;

4.31. ESTÃO EXCLUÍDAS PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS INVASIVOS E DE HARMONIZAÇÃO FACIAL.

4.32. ESTÃO EXCLUÍDAS DA PRESENTE APÓLICE RECLAMAÇÕES DECORRENTES DO PROCESSO: 0001692-26.2017.8.16.0193

4.33. ESTÃO EXCLUÍDAS RECLAMAÇÕES POR FATOS JÁ CONHECIDOS PELO SEGURADO, BEM COMO RECLAMAÇÕES EM ANDAMENTO E/OU EM PROCESSO DE REGULAÇÃO DE SINISTRO.

O presente seguro não cobre ainda, salvo se contratado cláusula especial e/ou opcional:

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

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

4.36. TRATAMENTO DOMICILIAR, INCLUSIVE SUA PRESCRIÇÃO/INDICAÇÃO MÉDICA;

5. PRAZO COMPLEMENTAR E PRAZO SUPLEMENTAR PARA APRESENTAÇÃO DE RECLAMAÇÕES

5.1. Prazo complementar

5.1.1. Em caso de não renovação, o **Segurado** terá direito sem qualquer ônus, a um prazo adicional de 12 (doze) meses a contar do término da vigência desta **Apólice**, para apresentar reclamações à **Seguradora**, relativos aos **serviços profissionais médicos** cometidos entre a **data retroativa de cobertura** e o fim de vigência da **apólice**, contados a partir do término de vigência da **apólice**, considerando as 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 **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 indenização** da **apólice**, quando este tiver sido estabelecido.

5.1.2. O **prazo complementar** concedido não se aplica àquelas **coberturas** cujo pagamento das indenizações tenha atingido o **limite agregado**.

5.1.3. 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**.

5.2. Prazo suplementar

5.2.1. Durante o prazo especificado na cláusula 5.1.1 acima, o **Segurado**, terá o direito de contratar somente uma única vez, um **Prazo suplementar** de 12 (doze) meses para apresentar Reclamações à **Seguradora**, contado a partir do término do **Prazo complementar**, mediante o pagamento de **prêmio** adicional correspondente a 100% (cem por cento) do **prêmio** anual desta **Apólice**.

5.2.1.1. O direito ao **Prazo suplementar** poderá ser exercido pelo **Segurado**, desde que o mesmo efetue o pagamento total do **prêmio** adicional. Neste caso, o **Segurado** deverá efetuar o pagamento integral do **prêmio** adicional, não sendo admitido, desta forma, o pagamento proporcional do **prêmio** adicional.

5.2.2. Para exercer o direito ao **Prazo suplementar**, o **Segurado** deverá requerer sua contratação por escrito em até 30 (trinta) dias antes da data final do **Prazo complementar**. O **prêmio** adicional referente ao **Prazo suplementar** deverá ser pago, em uma única parcela, em até 30 (trinta) dias após a emissão do respectivo **endosso**.

5.2.3. Em caso de contratação de **Prazo suplementar** conforme os termos acima, não será possível requerer seu

cancelamento ou restituição do **prêmio** pago.

5.3. Em nenhuma hipótese o **Prazo complementar** e o **Prazo suplementar** alterarão o prazo de vigência desta **Apólice**.

5.4. Não haverá direito à contratação do **Prazo complementar** ou do **Prazo suplementar** nos casos de cancelamento desta **Apólice** por determinação legal ou por falta de pagamento, pelo esgotamento do **Limite máximo de indenização** ou transferência plena do **risco** para outra **Seguradora**.

6. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

6.1. O **Limite máximo de indenização** é o limite total de responsabilidade da **Seguradora** por qualquer **indenização** securitária prevista nesta **Apólice**, em um único **Sinistro** ou uma série de **Sinistros** (de um ou vários reclamantes), apresentados no decorrer da **vigência** do Seguro, limitada ainda ao **Limite máximo de indenização** fixado para cada **cobertura** contratada, caso aplicável.

6.1.1. A eventual contratação do **Prazo suplementar** não afetará o **Limite máximo de indenização**, que permanecerá em vigor parcial ou totalmente, na exata medida em que tenha sido ou não anteriormente consumido.

6.2. O **Segurado** poderá solicitar aumento do **limite máximo de indenização**, mediante solicitação por escrito à **Seguradora**, que analisará a aceitação ou não e responderá formalmente, as novas condições e alterações de **prêmio**, se aplicável.

6.2.1. Em caso de aceitação pela **Seguradora**, será utilizado o critério restritivo, ou seja, será aplicado o novo limite apenas para as reclamações e/ou notificações decorrentes de fatos geradores que ocorram 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 retroativa de cobertura**.

6.3. Os **custos de defesa** que ultrapassarem o **limite máximo de indenização** não serão indenizados pela **Seguradora**.

6.4. O **Limite máximo de indenização** dar-se-á a primeiro **risco** absoluto. Neste caso, a **Seguradora** responderá integralmente pelos prejuízos efetivamente incorridos e devidamente comprovados pelo **Segurado**, até o valor do **Limite máximo de indenização** da **apólice**, respeitada as demais disposições e cláusulas constantes deste contrato.

6.5. Os limites e os sub-limites descritos no **item 3** da especificação da **apólice** aplicam-se às **coberturas** descritas na cláusula 03 (risco coberto) e seus respectivas sub-cláusulas 3.1 e 3.2. Em hipótese alguma os limite e sub-limites descritos se somam, permanecendo como **limite máximo de indenização** da presente **apólice**.

6.6. Não obstante ao descrito na cláusula “08” da presente **apólice**, o **limite máximo de indenização**, representa o limite máximo de responsabilidade da **Seguradora**, por **Sinistro** ou série de **Sinistros** resultantes de um mesmo **fato gerador**.

7. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO POR COBERTURA CONTRATADA

7.1. Os **Limites Máximos de Indenização** estabelecidos para **coberturas** distintas são independentes, não se somando nem se comunicando. Assim, em hipótese alguma a **indenização** poderá ultrapassar o valor indicado como **Limite Máximo de Indenização** descrito no item 03 da especificação da **apólice**, observado o disposto na cláusula 23 - Redução e Reintegração.

7.2. O **Segurado** poderá solicitar aumento do **limite máximo de indenização** por cada **cobertura**, mediante solicitação por escrito à **Seguradora**, que analisará a aceitação ou não e responderá formalmente, as novas condições e alterações de **prêmio**, se aplicável.

7.2.1. Em caso de aceitação pela **Seguradora**, será utilizado o critério restritivo, ou seja, será aplicado o novo limite apenas para as reclamações e/ou notificações decorrentes de fatos geradores que ocorram 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 retroativa de cobertura**.

8. LIMITE AGREGADO

8.1. O **limite agregado** equivale ao valor total máximo indenizável pelo contrato de seguros, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos e/ou despesas relativos aos **Sinistros** ocorridos durante a vigência da **apólice** ou a partir da **data retroativa de cobertura**, quando aplicável, fixado e estipulado como o produto do **limite máximo de indenização**. Os limites agregados estabelecidos para **coberturas** distintas são independentes, não se somando nem se comunicando.

8.2. O valor do **limite agregado** é igual ao **limite máximo de indenização** e deverá estar expressamente descrito na **apólice**.

8.3. Ocorrerá o cancelamento automático do **seguro**, quando a soma das indenizações atingir o **limite agregado**, conforme descrito no **item "03"** das especificações.

9. FRANQUIA / PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO

9.1. Fica estabelecida uma **participação obrigatória** do **Segurado**, por **fato gerador**, equivalente ao discriminado no item 05 da especificação da **apólice**. Neste caso, a obrigação da **Seguradora** inicia-se aos montantes que ultrapassarem o valor da **Franquia/ participação obrigatória** do **Segurado**.

10. ÂMBITO DE COBERTURA

O presente seguro abrangerá **reclamações ocorridas e iniciadas em qualquer parte do território brasileiro**, salvo convenção em contrário, mediante prévio acordo por escrito entre **Segurado** e **Seguradora**.

11. ACEITAÇÃO / RECUSA

11.1. A **Seguradora** terá o prazo máximo de **15 (quinze) dias** corridos para aceitar ou recusar o **risco**, contado da data do recebimento da proposta de (i) contratação, (ii) de renovação ou (iii) de **endosso** em função de modificação do **risco**, devidamente assinada pelo **proponente**, por seu representante legal ou por **corretor** de seguros habilitado, seja para seguros novos, seja para renovações desta **Apólice**, bem como para alterações que impliquem modificação do **risco**.

11.2. O prazo acima referido será suspenso quando a **Seguradora** solicitar informações e/ou documentos complementares para a análise dos **riscos**, sendo reiniciado no primeiro dia útil após o atendimento da exigência por parte do **proponente**, seu representante legal ou por **corretor** de seguros habilitado.

11.2.1. A solicitação de documentos complementares, para análise dos **riscos**, nos termos acima, poderá ser feita apenas uma vez durante o prazo previsto para aceitação, no caso de pessoa física, podendo, contudo, no caso de pessoa jurídica, a **Seguradora** fazer solicitações de documentos adicionais mais de uma vez durante este período, se indicar os fundamentos para tais requisições.

11.3. A aceitação do seguro, de sua renovação ou de eventual **endosso** em função de modificação do **risco** será automática, caso não haja manifestação em contrário por parte da **Seguradora** no prazo de 15 (quinze) dias acima mencionado, devendo ser consideradas, no entanto, eventuais suspensões de tal prazo nos termos acima ou na forma da lei.

11.4. Para a aceitação da proposta acima mencionada, o **Segurado** deverá declarar o seu desconhecimento acerca de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias, ocorridos desde a **Data retroativa de cobertura**, que possam dar origem, no futuro, a uma **Reclamação** coberta pelo presente seguro.

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

11.6. Em caso de recusa de proposta com adiantamento de pagamento de **prêmio**, dentro dos prazos previstos nos itens anteriores, a **cobertura** prevalecerá por mais dois dias úteis, contados a partir da data em que o **proponente**, seu representante ou **corretor** de seguros tiver conhecimento formal da recusa.

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

11.7. A emissão da **apólice**, do certificado ou do **endosso** será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

12. INSPEÇÃO

Nº Proposta: 15.738.837 - Nº Apólice/Endosso: 1.780.073.510 / 0

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**.

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.

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

13. VIGÊNCIA DO SEGURO

13.1. O seguro é válido, desde que aceito pela **Seguradora** pelo período contratado, a partir das 24 horas da data indicada na **apólice** como início de vigência e cessa às 24 horas da data indicada na **apólice** como final de vigência.

13.2. 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**.

13.3. 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**.

14. RENOVAÇÃO DO SEGURO

A renovação deste seguro **não é automática**, cabendo as partes acordarem previamente por escrito as bases da nova contratação.

Em renovações sucessivas será obrigatoriamente a concessão do período de retroatividade da **apólice** anterior, salvo mediante acordo entre as partes, a fixação de outra data, anterior àquela, hipótese em que a nova data prevalecerá para as renovações futuras.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1. O prazo limite para o pagamento do **prêmio** é a data de vencimento estipulada no documento de cobrança. Quando esta data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do **prêmio** poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente. A **Seguradora** encaminhará o documento de cobrança diretamente ao **Segurado**, conforme o caso, ou ainda, por expressa solicitação do **Segurado**, ao **corretor** de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data de seu vencimento. Se o **Sinistro** ocorrer dentro do prazo de pagamento do **prêmio**, sem que este tenha sido efetuado, o direito à **indenização** securitária previsto nesta **Apólice** não ficará prejudicado.

15.2. Fica entendido e ajustado que, nos seguros pagos em parcela única ou no caso da primeira parcela nas **apólices** cujo **prêmio** seja pago em parcelas, qualquer **indenização** securitária devida por força da presente **Apólice** somente será devida depois que o pagamento do **prêmio** ou sua primeira parcela, conforme o caso for realizado pelo **Segurado**, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança, sob pena de cancelamento da **Apólice**.

15.3. No caso de parcelamento do pagamento do **prêmio** e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas na sua data de vencimento, 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

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

Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superior ou o calculado por interpolação linear entre os limites inferior ou superior do intervalo.

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

15.5. Findo o novo prazo de pagamento, conforme reduzido nos termos da cláusula **15.3** 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**.

15.6. No caso de parcelamento do pagamento do **prêmio** em que a aplicação da tabela de prazo curto acima não resultar em alteração do prazo de vigência da **cobertura**, operará o cancelamento desta **Apólice**.

15.7. No caso de parcelamento do pagamento do **prêmio**, será garantida ao **Segurado** a possibilidade de antecipar tal pagamento, total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros pactuados.

15.8. 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**.

15.9. Quando o pagamento da **indenização** securitária acarretar o cancelamento deste contrato de seguro em função da exaustão do **Limite máximo de indenização**, as parcelas vincendas do **prêmio** deverão ser deduzidas do valor de referida **indenização**, excluído o adicional de fracionamento.

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

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

15.12. Na hipótese de cancelamento do seguro, o valor eventualmente devido a título de devolução de **prêmio** deverá ser atualizado pela variação do IGP-M/FGV, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da **Seguradora**.

15.13. No caso de extinção dos índices mencionados nesta **Apólice**, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE.

15.14. Fica vedado o cancelamento do contrato de seguro cujo **prêmio** tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto à instituições financeiras, nos casos em que o **Segurado** deixar de pagar o financiamento.

15.15. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de **notificação** ou interpelação judicial, de uma vez, justamente com os demais valores do contrato.

16. ALTERAÇÕES

16.1. As alterações ocorridas durante a vigência desta **apólice**, deverão ser imediata e obrigatoriamente comunicadas pelo **Segurado** ou quem representá-lo à **Seguradora**, para reanálise do **risco** e estabelecimento eventual de novas bases da **apólice**:

16.1.1. Correção ou alteração dos dados da **apólice**, inclusive bem como aqueles relacionados com as características do **risco coberto**;

16.1.2. Inclusão e exclusão de **coberturas**;

16.1.3. Alteração da razão social do **Segurado**;

16.1.4. Alteração da atividade profissional exercida;

16.1.5. Quaisquer outras circunstâncias que agravem o **risco**.

16.2. A alteração do **risco** poderá ou não ser aceita pela **Seguradora**, aplicando-se as seguintes disposições:

16.2.1. A **Seguradora** disporá de 15 (quinze) dias para análise das alterações informadas contados a partir da data em que recebeu a comunicação da alteração.

16.2.2. Em caso de aceitação a **Seguradora** providenciará a emissão do documento correspondente, nas condições previamente acordada entre **Segurado** e **Seguradora**, inclusive, com possibilidade de cobrança de **prêmio** adicional.

16.2.3. Em caso de não aceitação, a **Seguradora** cancelará o seguro a partir da data subsequente ao prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento pelo **Segurado** ou seu representante da **notificação** da recusa do **risco** alterado. Neste caso a **Seguradora** deverá restituir ao **Segurado** o **prêmio** pago proporcionalmente ao período a decorrer de vigência da **apólice**.

16.3. Todas as alterações aqui previstas e outras com o objetivo de correção e alterações simples serão feitas por endosso.

17. HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

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

17.1.1. Agravar intencionalmente o risco ou quando este ou o Segurado 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.

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

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

17.1.4. O Segurado deixar de cumprir o descrito na cláusula 18 (aviso de Sinistro) da presente apólice.

17.2. Perderá igualmente o Segurado o direito a qualquer indenização securitária decorrente da presente Apólice quando a Reclamação em questão fundamentar-se em prática dolosa com base em (i) confissão do próprio Segurado ou (ii) decisão judicial transitada em julgado ou decisão arbitral final em que reste declarada.

17.3. Observadas as regras específicas previstas nas cláusulas 17.5 e 17.6 abaixo, quando, de forma não intencional, for verificado, na ocorrência ou não de um Sinistro, que as informações prestadas pelo Segurado ou pelo corretor de seguros não corresponderem à realidade e interferirem na avaliação e agravamento do risco

objeto da presente Apólice, poderá a Seguradora (a) cobrar a respectiva diferença de prêmio referente ao aumento do risco ou (b) resolver o contrato, na forma do disposto no parágrafo único do artigo 766 do Código Civil.

17.4. Na ocorrência de quaisquer das hipóteses descritas nas cláusulas 16.1, 16.2 e 16.3 (b) acima, o Segurado, conforme o caso, ficará ainda obrigado a pagar à Seguradora o valor do prêmio vencido.

17.5. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado ou do corretor de seguros, a Seguradora poderá, na hipótese de NÃO ocorrência de Sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível.

17.6. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado ou do corretor de seguros, a Seguradora poderá na hipótese de ocorrência de Sinistro que não ultrapasse o Limite máximo de indenização:

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

17.7. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado ou do corretor de seguros, a Seguradora poderá, na hipótese de ocorrência de Sinistro que exceda o Limite máximo de indenização, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.

17.8. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena do Segurado perder o direito à indenização, se ficar comprovado que qualquer um deles se silenciou de má-fé.

17.8.1. A Seguradora poderá no prazo de 15 (quinze) dias contados da data de recebimento do aviso de agravação do risco, dar ciência ao Segurado, conforme o caso, sempre por escrito, de sua decisão de cancelar a Apólice ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

17.8.2. O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a efetivação da notificação pela Seguradora, devendo neste caso ser restituída a diferença do prêmio proporcionalmente ao período do risco ainda não decorrido, observados termos desta Apólice.

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

17.10. Sob pena de perder o direito à indenização, o Segurado participará o Sinistro à Seguradora, tão logo tome conhecimento, e adotará as providências imediatas para minorar suas conseqüências.

17.11. O Segurado deixar de cumprir o descrito especificamente na cláusula 20.3 - alínea "A" (Indenização) da presente apólice.

18. AVISO DE SINISTRO E NOTIFICAÇÕES

18.1. Toda e qualquer comunicação relacionada a **Sinistros** ou expectativas de **Sinistro** decorrentes desta **Apólice** (incluindo, sem limitação, a **notificação** prevista na cláusula 18.3 abaixo) deverá ser feita por escrito e dirigida à **Seguradora** aos cuidados do Departamento de **Sinistros**. 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**.

18.2. O **Segurado** deverá, sob pena de perda do direito à **indenização** prevista nesta **Apólice**, comunicar, por escrito, à **Seguradora**, tão logo tome conhecimento sobre qualquer citação, carta ou documento recebido, que seja relacionado com qualquer **Reclamação** nos termos desta **Apólice**. Tal comunicação será considerada um **Aviso de Sinistro** para os fins desta **Apólice**. Sem prejuízo ao acima disposto, deverão ainda o **Segurado** comunicar à **Seguradora** todo ato ou fato suscetível de agravar os **riscos** cobertos por esta **Apólice**.

18.3. O **Segurado** deverá, durante o prazo de vigência desta **Apólice**, bem como durante seu **Prazo complementar** e/ou **Suplementar**, comunicar, por escrito, à **Seguradora**, tão logo seja do seu respectivo conhecimento, a ocorrência de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias que possam originar uma **Reclamação** futura, por parte de **terceiros**, nela indicando, da forma mais completa possível, os dados e particularidades tais como: _

- a) Lugar, data, horário e descrição sumária do ocorrido;
- b) Se possível, nome, domicílio, estado civil, profissão ou ocupação do **terceiro** prejudicado ou falecido, se for o caso, bem como nome e domicílio de eventual testemunha;
- c) Natureza dos **danos** e de suas possíveis conseqüências, com base em evidência documental;
- d) procedimentos adotados para minorar os efeitos do **fato gerador** gerador da **notificação**;
- e) 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.

18.4. A entrega da **notificação** mencionada na cláusula 18.3 acima à **Seguradora**, produzirá os seguintes efeitos:

- a) Caracterizará o **Sinistro** como de competência desta **Apólice**;
- b) Garantirá que as condições desta **Apólice** serão aplicadas às **reclamações** apresentadas à **Seguradora** mesmo após o final do **Prazo complementar** ou do **Prazo suplementar**, conforme o caso.

18.5. 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**.

18.6. Dar ciência à **Seguradora** da contratação ou da rescisão de qualquer outro seguro, referente aos mesmos **riscos** previstos nesta **apólice**.

19. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

19.1. Em caso de **Sinistro** deverão ser apresentados à **Seguradora** os seguintes documentos básicos e informações, através de correspondência protocolada, enumerados abaixo:

- Documento de identificação do **Segurado**;
- Documento de identificação do **Terceiro**;
- Data da ocorrência do **Sinistro**;
- Resumo descritivo do **Sinistro**;
- Cópia da ação civil movida contra o **Segurado** por reparação de perdas e **danos** causados a **terceiros**, quando aplicável;
- Certidão de ocorrência da polícia local, quando cabível.

19.2. Além dos documentos acima expostos, a **Seguradora** se reserva no direito de solicitar outros que julgue pertinentes, diante do **fato gerador** ocorrido e descrito na **reclamação** do **Sinistro** e/ou no processo judicial.

19.3. Fica ainda facultado à **Seguradora** o direito de inspecionar os registros do **Segurado** relativos aos **serviços profissionais médicos** por ele executados.

20. INDENIZAÇÃO

20.1. Qualquer **indenização** por este seguro somente será devida se o **Sinistro** for caracterizado como **risco coberto** por estas condições.

20.1.1. Para efeito deste seguro, considera-se como data de exigibilidade, a data de ocorrência do **fato gerador**.

20.2. 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 indenização** fixado para a **apólice**, de conformidade com o **Limite agregado** da mesma.

20.3. Para apuração dos valores de prejuízos e indenizações, de acordo com as demais condições deste seguro, serão adotados os seguintes critérios:

A) O **Segurado**, sob hipótese alguma, não deverá admitir ou arcar com qualquer responsabilidade, no todo ou em parte, nem deverá incorrer em encargos ou despesas, sem o prévio consentimento por escrito da **Seguradora**;

B) apurada a responsabilidade civil legal do **Segurado** por sentença judicial transitada em julgado, a **Seguradora** efetuará a **indenização** da reparação pecuniária que aquele tenha sido obrigado a pagar;

C) Mediante acordo entre as partes, a **Seguradora** indenizará o montante dos prejuízos regularmente apurados, preferencialmente em dinheiro, admitidas as possibilidades de reparo ou reposição da coisa, observando o limite de **indenização** do Seguro;

D) Todos os **danos** decorrentes de um mesmo **fato gerador** serão considerados como um único **sinistro**, qualquer que seja o número de reclamantes ou reclamações. Para os efeitos das indenizações amparadas por este contrato, será considerado como um único e mesmo sinistro todas as reclamações provenientes da mesma causa originária, prevalecendo as condições vigentes no momento da primeira notificação apresentada à Seguradora. Ocorrendo o término da vigência da cobertura, ou o esgotamento do limite contratado, cessará automaticamente a cobertura para os acontecimentos ocorridos posteriormente;

E) em caso de **Sinistro**, se constar que os valores que serviram de base ao cálculo do **prêmio** foram inferiores aos contabilizados pelo **Segurado**, a **indenização** será paga na razão entre o **prêmio** pago e o devido;

F) qualquer acordo judicial ou extrajudicial, com o **terceiro** prejudicado, seus beneficiários e herdeiros, só será reconhecido pela **Seguradora** se tiver sua prévia anuência. Na hipótese de recusa do **Segurado** em aceitar o acordo recomendado pela **Seguradora** e aceito pelo **terceiro** prejudicado, fica desde já acordado que a **Seguradora** não responderá por quaisquer quantias acima daquela pela qual seria o Sinistro liquidado por aquele acordo;

G) proposta qualquer ação civil coberta pela presente **apólice** contra o **Segurado**, este dará imediato aviso à **Seguradora**, conforme cláusula 18 (**Aviso de Sinistro**).

Ainda, no referido aviso, o **Segurado** deverá informar para a **Seguradora** os advogados de defesa objeto da **reclamação**.

A **Seguradora** avaliará se os valores de honorários e demais despesas cobertas pela presente **apólice** são justos e condizentes com a prática de mercado, considerando todos os aspectos necessários, incluindo, mas não limitando a natureza da **reclamação**, valores envolvidos, porte e experiência do escritório e/ou advogado nomeado.

A **Seguradora** poderá aceitar total ou parcialmente ou mesmo recusar os valores de defesa propostos pelo advogado escolhido pelo **Segurado**. Se Aprovado os valores, a **Seguradora** arcará com **custos de defesa**, observados os dispostos nas cláusulas 3.2 e 7.3.1. Em caso de recusa ou aprovação parcial, a **Seguradora** enviará carta formal ao **Segurado** detalhando os motivos que levaram a não aceitação dos **custos de defesa** apresentado pelo advogado escolhido pelo **Segurado**.

Desde que não se vislumbre uma hipótese de não aplicação da **cobertura** securitária objeto desta **Apólice**, o pagamento dos **custos de defesa** dar-se-á, de forma antecipada, na medida e nas condições em que os mesmos forem devidos ou incorridos pelo **Segurado**, desde que tenham sido previamente acordados por escrito pela **Seguradora**.

H) ainda que não figure na ação, a **Seguradora** poderá intervir na mesma, na qualidade de assistente;

I) fixada a **indenização** devida, seja por sentença transitada em julgado, seja por acordo na forma da alínea “e” acima, a **Seguradora** efetuará a **indenização** da importância, a que estiver obrigada, no prazo máximo de 30 dias, a contar após apresentação dos respectivos documentos;

J) Será interrompida e reiniciada a contagem do prazo para a **indenização**, caso os documentos apresentados não forem suficientes e a **Seguradora** solicitar outros, no caso de dúvida fundada e justificável;

K) Na hipótese de não cumprimento do prazo estabelecido no item h, aos valores devidos serão acrescidos multa de 2% (dois por cento), juros simples de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês) , contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, e atualização monetária pela variação positiva do índice IPC-A/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data do **fato gerador** do **Sinistro** e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

21. VISTORIA DE 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 conseqüências, bem como o montante dos prejuízos sofridos pelo **terceiro** pela efetivação do **fato gerador** previsto e coberto no contrato de seguro.

22. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

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

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

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

b) 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.

22.3. De maneira análoga, o prejuízo total relativo a qualquer **Sinistro** amparado pelas demais **coberturas** será constituído pela soma das seguintes parcelas:

a) despesas de salvamento, comprovadamente, efetuadas pelo **Segurado** durante e/ou após a ocorrência do **Sinistro**;

b) valor referente aos **danos** materiais, comprovadamente, causados pelo **Segurado** e/ou por **terceiros** na tentativa de minorar o **dano** ou salvar a coisa;

c) **danos** sofridos pelos bens **Segurados**.

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

22.5. Na ocorrência de **Sinistro** contemplado por **coberturas** concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos **riscos**, em **apólices** distintas, a distribuição de responsabilidade entre as sociedades **Seguradoras** envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

I — 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**;

II — será calculada a “**indenização** individual ajustada” de cada **cobertura**, na forma abaixo indicada:

a) se, para uma determinada **apólice**, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas **coberturas** abrangidas pelo **Sinistro** é maior que seu respectivo **Limite máximo de indenização**, 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 indenização** da **apólice** será distribuído entre as **coberturas** concorrentes, observados os prejuízos e os Limites Máximos de **Indenização** destas **coberturas**;

b) caso contrário, a “**indenização** individual ajustada” será a **indenização** individual, calculada de acordo com o inciso I deste artigo.

III — será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das **coberturas** concorrentes de diferentes **apólices**, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o inciso II deste artigo;

IV — se a quantia a que se refere o inciso III deste artigo 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;

V — se a quantia estabelecida no inciso III 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.

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

22.7. 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.

22.8. Esta cláusula não se aplica às **coberturas** que garantam morte e/ou invalidez.

23. TRANSFERÊNCIA DE APÓLICES

23.1. 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 a vigência do seguro na ocasião da contratação.

23.2. Uma vez fixada a data limite de retroatividade igual ou anterior à da **apólice** vencida a nova Sociedade **Seguradora**, ficará isenta da obrigatoriedade de conceder os **prazo complementar e suplementares**.

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

23.4. Na hipótese prevista no item anterior, a aplicação dos prazos adicionais ficará restrita a apresentação de reclamações de **terceiros** relativas a **danos** ocorridos no período compreendido entre a **data limite de retroatividade** da nova **apólice**.

24. ALTERAÇÕES DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO OU COBERTURA DO SEGURO

24.1. Nos casos de alteração do **limite máximo de indenização** ou de alguma **cobertura** do seguro, serão adotados os seguintes critérios:

a) será admitido, desde que previamente aprovado pela **Seguradora**, durante a vigência da **apólice**, com possibilidade de alteração do **prêmio**;

b) as alterações serão aplicadas, apenas, aos **Sinistros** efetivamente ocorridos a partir da data de sua implementação, prevalecendo as condições anteriores para os **Sinistros** já ocorridos, sejam eles de conhecimento ou não do **Segurado**.

25. REDUÇÃO E REINTEGRAÇÃO DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

25.1. Ocorrido um **Sinistro** indenizado pela **Seguradora**, o **Limite máximo de indenização** previsto nesta **Apólice** será reduzido, subtraindo-se o valor de cada **indenização** paga de tal limite até que ele seja completamente consumido, não tendo o **Segurado** direito à restituição do **prêmio** correspondente a tal redução. Com a utilização total do **Limite máximo de indenização**, o seguro tornar-se-á sem efeito, ressalvada a necessidade de dedução dos **prêmios** vencidos.

25.2. Fica desde já entendido e acordado que o **Limite máximo de indenização** não está sujeito a qualquer tipo de ajuste ou correção e que não haverá, em nenhuma hipótese, reintegração do **Limite máximo de indenização**.

26. RESCISÃO E CANCELAMENTO

I - O Seguro será cancelado automaticamente quando:

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

O **risco** se filiar a **atos ilícitos dolosos** do **Segurado**, do beneficiado pelo Seguro, ou dos representantes e seus funcionários, quer de um, quer de outro.

II - O Seguro poderá ser cancelado ainda:

Por iniciativa do **Segurado**, obtida a concordância da outra parte, reterá a **Seguradora** o **prêmio** referente a **cobertura** decorrida, calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto no item “Pagamento de **Prêmio**”.

Por iniciativa da **Seguradora**, obtida a concordância da outra parte, esta reterá o valor do **prêmio** pago proporcional ao tempo de **cobertura** decorrido, ou seja, calculado na base “pro-rata temporis”.

Nota: 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.

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 indenização** expressamente estabelecido nesta **apólice**.

Não obstante o disposto no item anterior, haverá, no entanto, devolução de **prêmio** quando se tratar de seguro por prazo longo (plurianual), caso em que a **Seguradora** devolverá ao **Segurado** o **prêmio** correspondente aos anos seguintes ao aniversário da **apólice** subsequente à data da ocorrência do **Sinistro**, em base “pro-rata temporis”.

Para prazos não previstos na tabela de Prazo Curto, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior ou o calculado por interpolação linear entre os limites inferior e superior do intervalo.

27. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

Pelo pagamento da **indenização**, cujo recibo valerá como instrumento de cessão de direitos, a **Seguradora** ficará sub-rogada em todos os direitos e ações do **Segurado** contra aqueles que por ato, fato ou omissão, tenham causado os prejuízos indenizados ou para ele tenham concorrido.

Salvo dolo, a sub-rogação não tem lugar se o **dano** for causado pelo cônjuge do **Segurado**, seus descendentes ou ascendentes, consangüíneos ou afins.

É ineficaz qualquer ato do **Segurado** que diminuam ou extingam, em prejuízo do **Segurador**, os direitos a que se

refere esta cláusula.

28. 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**.

29. CLÁUSULA ADICIONAL DE EXCLUSÃO PARA ATOS DE TERRORISMO

Não obstante o que em contrário possam dispor as condições gerais, especiais e/ou particulares do presente Seguro, fica entendido e acordado que, não estarão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

30. PRESCRIÇÃO

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

31. INFORMAÇÕES SUPLEMENTARES

a) 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; e

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.

32. DOCUMENTOS DO SEGURO

São documentos do presente seguro a proposta com seus anexos e, quando for o caso, o respectivo **questionário** e a ficha de informações.

Nenhuma alteração nesses documentos será válida se não for feita por escrito, receber concordância de ambas as

Nº Proposta: 15.738.837 - Nº Apólice/Endosso: 1.780.073.510 / 0

partes contratantes e estar em conformidade com o disposto no tópico “Alteração do **Risco**”, destas **Condições gerais**.

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.

CLÁUSULA ESPECÍFICA DE EXCLUSÃO DE CORONAVÍRUS

1. Fica entendido e acordado que, em aditamento à cláusula de exclusões / riscos não cobertos das condições gerais da apólice, a Seguradora não se responsabilizará por qualquer reclamação, direta ou indiretamente, causada por ou decorrente de, ou de qualquer outra forma, atribuível ou relacionada à, ou envolvendo ou em conexão, com qualquer doença transmissível.

2. Para fins desta cláusula específica, doença transmissível significa:

- a) coronavírus e qualquer cepa de coronavírus ou suas sequelas;
- b) pneumonia atípica ou qualquer estirpe desta.

3. Permanecem em vigor as condições contratuais deste seguro que não tenham sido expressamente alteradas ou revogadas por esta cláusula específica.

CLÁUSULA ESPECÍFICA DE SANÇÕES E EMBARGOS

a) A cobertura securitária prevista na presente Apólice não terá efeito na medida em que sanções comerciais ou econômicas ou outras leis, regulamentações, restrições ou sanções impostas pelo Escritório de Controle de Ativos Estrangeiros do Departamento do Tesouro dos EUA (Office of Foreign Assets Control of the US Department of the Treasury - “OFAC”) e/ou pela Organização das Nações Unidas (“ONU”) e/ou pelo Reino Unido e/ou pela União Europeia proíbam a Seguradora de concedê-la, incluindo, mas não se limitando, ao pagamento de indenizações.

a.1) A exclusão indicada na Cláusula A acima abrange também a lista de cidadãos nacionais especialmente designados e pessoas impedidas de transacionar com Estados Unidos da América (“EUA”) e seus Territórios, feita pelo Escritório de Controle de Ativos Estrangeiros do Departamento do Tesouro dos EUA (Specially Designated Nationals And Blocked Persons List - “SDN”).

b) Para efeito das exclusões descritas nas Cláusulas A e A.1 acima, a sanção, regulamentação, lei, restrição ou inclusão na lista SDN, deverá estar caracterizada no momento do Sinistro.

b.1) Caso o Fato Gerador de eventual Sinistro seja anterior a uma sanção, regulamentação, lei, inclusão na lista de embargos, ou restrição imposta pelo Escritório de Controle de Ativos Estrangeiros do Departamento do Tesouro dos EUA (OFAC) e/ou pela ONU e/ou pelo Reino Unido e/ou União Europeia; e que, embora tal Sinistro

esteja amparado por esta Apólice, mas ainda não tenha sido completamente liquidado, a cobertura securitária e consequentemente a indenização devida, ficarão suspensas, sem quaisquer pagamentos e/ou reembolso de despesas, até que tal sanção, regulamentação, lei, ou restrição seja extinta, ou, no caso de o Segurado e/ou Beneficiário constarem na lista de cidadãos nacionais especialmente designados e pessoas proibidas de transacionar com os EUA (lista SDN), e/ou em quaisquer outras listas de bloqueios/sanções feitas pelos EUA ou pela ONU ou pelo Reino Unido e/ou pela União Europeia, até que o Segurado e/ou Beneficiário não conste(m) mais em tal(is) lista(s).

c) O Segurado poderá consultar a lista de embargos e sanções OFAC por meio do sítio eletrônico oficial do Departamento do Tesouro dos EUA: <https://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>. Caso o Segurado tenha quaisquer dúvidas ou necessidade de entendimento com relação às exclusões acima, o mesmo poderá entrar em contato com os telefones de Central de Atendimento e SAC da Seguradora, constantes da Apólice.

COBERTURA DE GERENCIAMENTO DE CRISES

Fica entendido e acordado que, em complemento ao descrito no item “3” (Cobertura do Seguro), a presente apólice cobrirá os custos de contratação de Empresa Especializada em Serviços de Comunicação e Assessoria de Imagem, em comum acordo e mediante prévia autorização da Seguradora, quando houver comprovado prejuízo à imagem, à honra ou reputação de qualquer pessoa Segurada sob esta apólice, causada pela veiculação de notícia, reportagem ou vazamento de informações sigilosas, desde que os fatos ou acontecimentos estejam relacionados à prestação de serviço profissional do Segurado e cobertos pela presente apólice.

a alínea “27” da cláusula “4” - RISCOS EXCLUIDOS -

SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL PARA HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E DEMAIS PRESTADORAS DE SERVIÇOS MÉDICOS

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES, COM NOTIFICAÇÕES

CONDIÇÕES GERAIS

Processo SUSEP nº. 15414.000702/2008-64_v202512

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.
- 1.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.
- 1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do Corretor de Seguros e da Sociedade Seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 1.4. As Condições Contratuais deste produto protocolizadas pela Seguradora junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de Processo SUSEP e início de vigência constante da Apólice.
- 1.5. Para os casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- 1.6. Link da plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores www.consumidor.gov.br.

2. APRESENTAÇÃO

- 2.1. Apresentamos, a seguir, as Condições Contratuais CHUBB RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL PARA HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E DEMAIS PRESTADORAS DE SERVIÇOS MÉDICOS, que regem este Contrato de Seguro e estabelecem suas normas de funcionamento.
- 2.2. Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas que estiverem previstas e discriminadas na Especificação da Apólice, desprezando-se quaisquer outras.

3. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO

- 3.1. As normas que regem este Contrato de Seguro, estão subdivididas em três partes, assim denominadas: condições gerais, condições especiais e condições particulares, as quais, em conjunto, recebem o nome de Condições Contratuais, sendo dele parte integrante e inseparável.

I. **Condições Gerais:** reúnem as disposições comuns aplicáveis a todas as coberturas contratadas nesta Apólice, estabelecendo as obrigações e os direitos do Segurado e da Seguradora.

II. Condições Especiais: o conjunto de cláusulas que estipulam disposições específicas aplicáveis às coberturas básicas contratadas na Apólice, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

III. Condições Particulares: o conjunto de cláusulas que alteram as condições gerais e/ou condições especiais, modificando ou revogando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições, e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura. As condições particulares se subdividem em coberturas adicionais, cláusulas específicas e cláusulas particulares.

3.2. Mediante a contratação do seguro, o Segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto das Condições Gerais, Condições Especiais e Condições Particulares, constantes na Especificação da Apólice.

4. DEFINIÇÕES

4.1 Estas definições reúnem, de forma breve e objetiva, os significados dos mais variados termos técnicos, expressões e palavras, e tem como finalidade servir de apoio ao Segurado para dirimir dúvidas quanto a termos utilizados e expressos neste documento.

4.1.1. Nesta Apólice, salvo se o contexto exigir de outra forma:

- o singular inclui o plural e vice-versa;
- os cabeçalhos são apenas descritivos e não afetam a interpretação; e
- as palavras usadas nesta Apólice têm os significados determinados neste parágrafo, nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais e/ou Particulares;
- as palavras definidas serão diferenciadas pela inicial em letra maiúscula; se em letra minúscula, o sentido será aquele da semântica da língua portuguesa do Brasil (pt-BR).

APÓLICE: é o documento através do qual a Seguradora formaliza a aceitação do seguro, definindo os valores e as condições pactuadas nessa aceitação. Considera-se também como apólice, o questionário e os endossos de alteração das condições pactuadas.

APÓLICE À BASE DE OCORRÊNCIAS: aquela que 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 arbitral ou civil, ou ainda, por acordo aprovado pela Seguradora, desde que os danos tenham ocorrido durante a vigência da apólice, e o segurado pleiteie a garantia no transcorrer deste período ou dentro dos prazos prescricionais em vigor.

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES, COM NOTIFICAÇÕES: aquela que 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 arbitral ou civil, ou por acordo aprovado pela Seguradora, desde que:

- a) os danos cobertos tenham ocorrido durante a vigência da apólice, ou dentro do período de retroatividade contratualmente previsto; e
- b) o terceiro apresente reclamação ao segurado, durante a vigência da apólice, ou no transcorrer do prazo complementar ou suplementar, quando aplicável; ou
- c) o segurado, tenha notificado fatos ou circunstâncias ocorridas durante a vigência da apólice, ou dentro do período de retroatividade contratualmente previsto; e
- d) o terceiro apresente reclamação ao segurado, durante a vigência da apólice, ou no transcorrer dos prazos prescricionais em vigor.

ATO MÉDICO: atividade diagnóstica, prognóstica, de investigação, de perícias médico-legais, de prescrição e execução de medidas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, e de técnicas médicas, cirúrgicas e de reabilitação relativas à saúde e à doença física e mental de pessoas. A presente definição abrange os atos praticados por médicos, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, osteopatas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, biomédicos, farmacêuticos, técnicos, tecnólogos, e demais profissionais da área saúde devidamente habilitados e com especialidades reconhecidas juntos aos órgãos de classe correspondentes.

ATOS ILÍCITOS DOLOSOS: são os danos diretamente causados por qualquer pessoa ou grupo de pessoas que tenha agido contra terceiros com intenção de causar prejuízo e/ou obter qualquer tipo de vantagem.

AVISO DE SINISTRO: é a comunicação formal específica de uma **reclamação** de **terceiros**, acompanhada de todos os elementos necessários a regulação do sinistro, efetuada durante o período de vigência da apólice ou que seja efetuada durante o Prazo Complementar ou Prazo Suplementar, que o segurado é obrigado a fazer à Seguradora com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do sinistro.

COBERTURAS: conjunto de proteções concedidas pelo contrato de seguro, de conformidade com as condições contratadas.

COBERTURA BÁSICA: são aquelas sem as quais o contrato de seguro não pode ser constituído.

COBERTURAS ADICIONAIS: são as coberturas complementares às coberturas básicas.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições gerais.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou **coberturas** de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

CONDIÇÕES PARTICULARES: conjunto de cláusulas que alteram as Condições gerais e/ou Especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.

CONTENÇÃO DE SINISTRO E SALVAMENTO:

- a) **contenção de sinistro:** tomada de medidas imediatas para evitar risco iminente e que seria coberto por este seguro, a partir de um incidente, sem as quais os riscos cobertos e descritos na **apólice** seriam inevitáveis ou ocorreriam de fato, condicionada, no entanto, qualquer situação, aos exatos termos das **coberturas** contratadas;
- b) **salvamento:** tomada de medidas imediatas, após a ocorrência de um sinistro, de modo a minorar as suas consequências, evitando a propagação de riscos cobertos, salvando e protegendo os bens e/ou interesses descritos na apólice.

CORRETOR: profissional autorizado pelos órgãos competentes para promover a intermediação de contratos de seguro e sua administração.

CUSTO DE DEFESA: consiste em custos, custas judiciais, encargos, honorários (advocáticos, de assistentes técnicos e periciais), depósitos recursais (incluindo os custos de recursos e garantias necessários à defesa do Segurado, considerados, também, os

custos para a eventual contratação de seguro garantia) e todas as demais despesas necessárias e razoáveis, incorridas, conforme os termos desta Apólice na defesa de uma Reclamação coberta por esta Apólice.

DANO: são os prejuízos e ofensas sofridos por terceiros por ação ou omissão cuja responsabilidade seja atribuída ao Segurado. Os danos são classificados em materiais, corporais, estéticos e/ou morais.

DANO CORPORAL: danos físicos às pessoas, incluindo, mas não limitado a lesão, incapacidade ou morte, perda total ou parcial de um órgão, sentido ou função decorrentes de um ato médico incidental causado a terceiros.

DANO ESTÉTICO: transformações ou ofensa à harmonia física da pessoa, caracterizado por deformações permanentes ou de remoção total ou parcial mediante a submissão de novos atos médicos cirúrgicos, incluindo, mas não limitado a marcas, manchas, cicatrizes, hematomas e queimaduras.

DANO MATERIAL: danos físicos causados a propriedade tangível, entendidos pela presente apólice como lucros cessantes, despesa médica e hospitalar, medicamentos, viagens, contratação de serviços de enfermeiros, psicólogos e demais prejuízos auferidos pelo terceiro reclamante decorrente de um ato médico incidental causado a terceiros.

DANO MORAL: dano causado de forma involuntária a terceiros, que traz como consequência ofensa a honra, ao afeto, à liberdade, à profissão, ao respeito aos mortos, à psique, à saúde, ao nome, ao crédito, ao bem estar e à vida, sem necessidades de ocorrência de prejuízo financeiro decorrentes de um ato médico incidental causado a terceiros.

DATA RETROATIVA DE COBERTURA: data igual ou anterior ao início de vigência da primeira de uma série sucessiva e ininterrupta de apólices à base de reclamações, a ser pactuada pelas partes por ocasião inicial do seguro.

EMPREGADO: aquele que, nos termos da lei, comprove vínculo empregatício e/ou relação laboral com o segurado, autorizado por este para trabalhar em suas instalações, a seu serviço.

ENDOSSO: é o documento expedido pela Seguradora, durante a vigência do contrato, pelo qual ela e o Segurado acordam quanto à alteração de dados, modificam as condições ou o objeto do seguro.

EXTRAVIO DE DOCUMENTOS: se caracterizam com o desaparecimento de documentos por motivo de força maior ou caso fortuito.

FATO GERADOR: acontecimento acidental e imprevisto que resulta em dano corporal, estético, material e/ou moral causado a um terceiro decorrente de um ato médico incidental coberto pela 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 reclamante.

FRANQUIA / PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA: valor até o qual o Segurado responde obrigatoriamente pelos prejuízos de um Sinistro coberto. A responsabilidade da Seguradora inicia-se apenas e tão somente no que excede o valor da franquia. A franquia pode ser um valor fixo ou percentual aplicável sobre os valores reclamados ou ambos, conforme descrito na especificação da apólice.

FURTO DE DOCUMENTOS: se caracteriza pela subtração sem que tenha havido o emprego de qualquer força ou violência para obtenção de documentos e, quando qualificado se caracteriza pela subtração mediante destruição ou rompimento de obstáculo, bem como abuso de confiança, para obtenção dos documentos.

INDENIZAÇÃO: é o valor monetário pago pela Seguradora em decorrência de fato gerador coberto por este seguro.

INSPEÇÃO: termo utilizado para definir ato da Seguradora em realizar trabalho de visita ao local do risco para inspecioná-lo e, mediante relatório detalhado, tomar prévio conhecimento do mesmo para fins de aceitação e taxação e/ou rejeição do risco.

LIMITE AGREGADO: valor total máximo indenizável por cobertura no contrato de seguro, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos ou despesas relacionadas aos sinistros ocorridos, sendo previamente fixado e estipulado como produto do limite máximo de indenização por um fator superior ou igual a um, devidamente descrito na especificação da presente apólice. Os limites agregados estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicado.

LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG) DA APÓLICE: valor máximo a ser pago pela Seguradora, com base na apólice, resultante de determinado evento ou série de eventos ocorridos durante a vigência do contrato, abrigado(s) por uma ou mais coberturas contratadas. O limite máximo de garantia da apólice é fixado com valor menor ou igual à soma dos limites máximos de indenização estabelecidos individualmente para cada cobertura contratada.

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI) POR COBERTURA CONTRATADA: É o limite total de responsabilidade da Seguradora por qualquer indenização securitária prevista nesta Apólice, em um único Sinistro ou uma série de Sinistros (de um ou vários reclamantes), apresentados no decorrer da Vigência do Seguro, limitada ainda ao Limite máximo de indenização fixado para cada Cobertura contratada, caso aplicável.

A eventual contratação do Prazo Suplementar não afetará o Limite máximo de indenização, que permanecerá em vigor parcial ou totalmente, na exata medida em que tenha sido ou não anteriormente consumido.

O Limite máximo de indenização dar-se-á a primeiro Risco absoluto. Neste caso, a Seguradora responderá integralmente pelos prejuízos efetivamente incorridos e devidamente comprovados pelo Segurado, até o valor do Limite máximo de indenização da Apólice, respeitada as demais disposições e cláusulas constantes deste contrato.

Os limites e os sublimites descritos na Especificação da Apólice aplicam-se às Coberturas descritas nas cláusulas Cobertura básica, Extensões de Cobertura e suas respectivas subcláusulas.

Os limites máximos de indenização estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicando.

LOCAL DE RISCO: são todos os locais de propriedade, alugados, controlados e/ou utilizados pelo segurado para prestar serviços profissionais médicos a terceiros. Os locais deverão estar devidamente descritos na especificação da apólice.

NOTIFICAÇÃO: para efeito deste Seguro, meio do qual o Segurado comunica à Seguradora, por escrito, fatos ou circunstâncias que podem dar origem a reclamações futuras amparadas pelo seguro.

PERÍODO DE RETROATIVIDADE: corresponde ao espaço de tempo compreendido entre a data retroativa de cobertura e a do início de vigência da apólice em curso.

PERÍODO DE VIGÊNCIA: é o período de validade da apólice, que deve ser no mínimo de 1 (um) ano.

PRAZO COMPLEMENTAR: prazo adicional para apresentação, pelo Segurado, de reclamações de terceiros, a ele concedido, obrigatoriamente, pela Seguradora, sem cobrança de qualquer prêmio adicional, a partir do término de vigência da apólice ou da data de seu cancelamento.

PRAZO SUPLEMENTAR: prazo adicional para apresentação de reclamações ao segurado, por parte de terceiros, oferecido, obrigatoriamente, pela sociedade seguradora, mediante a cobrança facultativa de prêmio adicional, tendo início na data do término do prazo complementar. Esta possibilidade deve ser invocada pelo Segurado, de acordo com os procedimentos estabelecidos na apólice.

PRÊMIO: é o valor que o Segurado paga à Seguradora para que esta assuma os efeitos econômicos dos riscos cobertos pelo seguro.

PROPONENTE: pessoa jurídica que pretende fazer um seguro.

PROPOSTA DE SEGURO: é o instrumento que formaliza o interesse do proponente ou estipulante em efetuar o seguro.

QUESTIONÁRIO: documento elaborado pela Seguradora e preenchido pelo Segurado, 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.

RATEIO: é o cálculo da indenização previsto nos seguros à primeiro risco, que preveem uma participação proporcional do Segurado nos prejuízos.

RECLAMAÇÃO: é a ação arbitral, judicial ou extrajudicial ou qualquer outro tipo de demanda pecuniária escrita ou não do terceiro prejudicado contra o Segurado por atos médicos danosos cobertos pelo presente seguro.

REGULAÇÃO DE SINISTRO: trata-se do processo de avaliação das causas, consequências, circunstâncias e apuração dos prejuízos devidos ao Segurado e do direito deste à indenização.

RISCO: é a possibilidade de um acontecimento acidental ou inesperado, causador de dano ou um prejuízo financeiro.

RISCO COBERTO: é o efetivo acontecimento acidental ou inesperado, causador de dano ou um prejuízo financeiro contra o qual é feito o seguro e que a Seguradora tem o dever de indenizar, desde que dentro dos parâmetros de coberturas, prazos e limites contratados pelo Segurado descritos na presente apólice.

ROUBO DE DOCUMENTOS: se caracteriza pela subtração de documentos mediante grave ameaça ou violência, reduzindo a possibilidade de resistência da vítima.

SALVADOS: todos os remanescentes materiais de um Sinistro ocorrido que pertencem à Seguradora após a indenização do Sinistro, devendo ser preservados pelo Segurado.

SEGURADO: é pessoa jurídica contratante do seguro, na qualidade de prestador de serviços médicos com habilitação reconhecida pelos respectivos conselhos competentes e devidamente descrita na especificação da apólice.

SEGURADORA: empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil como tal e que recebendo o prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo contrato de seguro.

SEGURO A PRIMEIRO RISCO ABSOLUTO: em caso de sinistro, a Seguradora responderá pelo pagamento dos prejuízos até o Limite máximo de indenização ou Limite agregado indicado na apólice. Neste caso não se aplica a cláusula de rateio.

SERVIÇOS PROFISSIONAIS MÉDICOS: Conjunto de atos médicos que caracterizam a prestação de serviços do Segurado aos seus respectivos clientes/ pacientes.

SINISTRO: É o termo que define o acontecimento do fato gerador previsto e coberto no contrato deste seguro.

SUBLIMITE: valor que faz parte integrante do limite máximo de indenização atribuído para uma determinada cobertura, e jamais em adição a ele, representado a quantia até a qual a Seguradora se responsabilizará, por sinistro, em relação a um evento, série de eventos ou a determinados bens e/ou interesses seguráveis.

SUCUMBÊNCIA: O princípio da sucumbência atribui à parte vencida em um processo judicial o pagamento de todos os gastos decorrentes da atividade processual.

TERCEIRO: pessoa física que recebeu a prestação de serviços profissionais médicos e/ou seus representantes legalmente constituídos para pleitear reparações de danos.

USO E CONSERVAÇÃO DO IMÓVEL: o estado do imóvel e condições de manutenção do(s) local(is) onde se encontram e são desenvolvidas as atividades profissionais do Segurado.

VISTORIA DE SINISTRO: termo utilizado para definir ato do Segurador em realizar trabalho de visita ao local da ocorrência do Sinistro, a fim de apurar o montante dos prejuízos sofridos pelo terceiro pela efetivação do fato gerador previsto e coberto no contrato de seguro.

5. OBJETO DO SEGURO

5.1. O objeto do presente seguro é o pagamento, a título de indenização securitária pela Seguradora ao terceiro beneficiário, por danos causados pela prestação de serviços profissionais médicos pelos quais o Segurado seja responsabilizado civilmente nos termos desta Apólice, das coberturas contratadas e especificadas nesta Apólice, observadas as exclusões e limitações aqui expressamente previstas.

5.2. Fica esclarecido entre as partes que esta apólice é à base de reclamação com notificação, ou seja, que tem como objeto o pagamento de indenização securitária com base em Reclamações apresentadas à Seguradora entre o início de vigência desta

Apólice e o fim do Prazo complementar ou Prazo suplementar, exclusivamente sobre os fatos geradores verificados entre a Data retroativa de cobertura e a do término da vigência desta apólice, conforme o caso.

5.3. Durante o período de vigência desta apólice, é facultado ao Segurado notificar a Seguradora sobre a ocorrência de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias que possam originar uma reclamação. A notificação também poderá ser dirigida à Seguradora durante o Prazo complementar e quando contratado, o Prazo suplementar.

5.4. Fica entendido que a notificação, quando válida, garante ao Segurado o direito à indenização securitária mesmo após o término do prazo supra mencionado, caso venha se configurar a reclamação.

5.5. A mera suspeita com relação a uma possível reclamação não implica na necessidade de notificação à Seguradora, devendo o Segurado tão somente fazê-lo quando existir prova documental que fundamente tal expectativa.

6. ABRANGÊNCIA DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA

6.1. Desde que observadas todas as disposições desta apólice, as coberturas aqui previstas garantem, até o Limite máximo de indenização, ou quando aplicável, até o Limite Máximo de Garantia ou sublimite devidamente estipulado na especificação da apólice, o pagamento das quantias pelas quais o segurado venha a ser civilmente responsabilizado, em consequência de atos médicos danosos, por ele cometidos, ou por seus empregados (próprios, terceirizados e/ou contratados), contra terceiros, no exercício de seus serviços profissionais médicos.

6.2. Para os efeitos da presente cobertura securitária, assim que constatada a existência de uma Reclamação coberta pela presente apólice, a Seguradora efetuará o pagamento das quantias devidas e/ou reembolso das despendidas, pelo segurado, diretamente decorrentes de:

- a) condenações pecuniárias provenientes de sentenças judiciais transitadas em julgado ou decisões arbitrais finais proferidas contra o Segurado;
- b) acordos judiciais ou extrajudiciais negociados com o consentimento prévio e por escrito da Seguradora;
- c) contenção de sinistro e salvamento, comprovadamente efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência de um Sinistro.
- c1) Subsistirá a obrigação da Seguradora, ainda que os prejuízos não superem o valor da franquia contratada ou que as medidas de contenção ou de salvamento tenham sido inefazes.
- c2) As despesas cobertas por meio do presente seguro, de acordo com as circunstâncias de cada ocorrência, podem ser efetivadas por outrem, que não o próprio segurado, inclusive por autoridade competente, ressalvando-se, porém que a obrigação da Seguradora será cumprida nos exatos termos destas condições gerais.
- c3) Tais dispêndios somente correrão por conta da Seguradora na medida em que se relacionarem com um eventual Sinistro coberto. Despesas de contenção e salvamento de sinistros, ou minoração de danos que não tenham relação com a cobertura securitária garantida por esta Apólice não serão indenizadas.**
- c4) A Seguradora não estará obrigada ao pagamento de despesas com medidas inadequadas, inoportunas, desproporcionais ou injustificadas, e ao pagamento de despesas não decorrentes diretamente dos riscos cobertos por esta apólice de seguro.**
- c5) As disposições desta cláusula não alteram e não ampliam as coberturas objeto do presente contrato de seguro, aplicando-se apenas às despesas de sinistro incorridas durante a vigência do seguro.
- c6) Nos termos da legislação civil vigente, o segurado se obriga a avisar imediatamente a Seguradora ao tomar ciência do sinistro ou da iminência de seu acontecimento ou ao receber uma ordem de autoridade competente que possa gerar pagamento de despesa.**

c7) Não haverá reintegração das despesas previstas para a presente cláusula.

6.3. Fica resguardado à Seguradora o direito de ressarcimento por qualquer indenização securitária paga ou adiantada indevidamente, caso se verifique a inexistência de cobertura.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

7.1. A seguradora ficará desobrigada de indenizar ou de efetuar qualquer pagamento com base nesta apólice, quando da ocorrência de qualquer uma das situações listadas nas cláusulas abaixo ou quando e na medida em que uma reclamação estiver relacionada direta ou indiretamente a qualquer uma de referidas circunstâncias:

7.2. Praticar voluntariamente atos médicos proibidos por leis ou por regulamentações emanadas de autoridades sanitárias ou outras autoridades competentes de normas e resoluções no que se refere aos parâmetros estabelecidos pelos conselhos federais de serviços médicos profissionais considerados no presente seguro;

7.3. Os atos médicos praticados pelo segurado quando sua licença para exercer a profissão estiver suspensa, revogada, expirada ou não renovada junto às entidades de classe responsáveis por este controle na época da realização do ato médico que ensejou a reclamação;

7.4. Reclamações por atos médicos praticados pelo segurado sob o efeito de substâncias tóxicas, entorpecentes e/ou de álcool;

7.5. A responsabilidade civil atribuídas a outros hospitais, planos de saúde, convênios, cooperativas de trabalho ou instituições similares e que não estejam devidamente descritas na especificação da apólice.

7.6. Quaisquer tipos de responsabilidade atribuídos a fabricantes de remédios ou de equipamentos para prestação de serviços médicos bem como órgãos governamentais;

7.7. Radiações ionizantes ou quaisquer outras emanções havidas na produção, transporte, utilização ou neutralização de materiais físséis e seus resíduos, e quaisquer fatos geradores decorrentes de energia nuclear, com fins pacíficos ou bélicos e também qualquer perda, destruição, dano ou responsabilidade legal direta ou indiretamente causados por, resultantes de, ou para os quais tenha contribuído material de armas nucleares. fica, porém, entendido e acordado que esta exclusão não se aplicará quando os danos decorrerem do uso exclusivamente terapêutico da energia nuclear, no estabelecimento do segurado e sob sua supervisão direta;

7.8. Pedidos de reembolso de honorários profissionais já pagos, mesmo quando decorrentes de risco coberto por esta apólice;

7.9. Fatos geradores ocorridos em período anterior ao estabelecido na “data retroativa de cobertura”, conhecido ou não pelo segurado. estarão também excluídos, os fatos geradores ocorridos entre o período da data retroativa de cobertura e o início de vigência da apólice, que sejam conhecidos pelo segurado;

7.10. Atos ilícitos dolosos, criminais e/ou fraudulentos praticados pelo segurado, seus beneficiários e respectivos representantes legais, salvo se o dolo do representante do segurado ou do beneficiário, for em prejuízo desses; A presente exclusão somente aplicar-se-á na hipótese: (i) de confissão do Segurado atestando sua conduta dolosa ou (ii) de decisão judicial transitada em

julgado, ou ainda, de decisão arbitral ou administrativa irrecorrível, em que isto reste declarado.

7.10.1. Para a presente apólice, a referida exclusão aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes;

7.11. Condenações judiciais aplicadas ao segurado, de caráter punitivo ou exemplar, bem como multas e/ou penalidades aplicadas ao segurado, incluindo, mas não limitado a multas contratuais e extracontratuais, imposição de penalidades não pecuniárias e/ou concessão espontânea de garantias pessoais ou reais por parte do segurado;

7.12. Responsabilidades assumidas pelo segurado por contratos ou convenções, promessas escrita ou não, incluindo, mas não limitado ao resultado de qualquer tratamento médico ministrado pelo segurado, reclamações por resultados insatisfatórios ao desejado, propaganda médica, ou por qualquer outro tipo de acordo que não sejam decorrentes de obrigações civis legais;

7.13. 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. ficam ainda excluídos, as reclamações apresentadas pelo segurado contra outros segurados descritos na apólice;

7.14. Responsabilidade do segurado decorrente de reclamações por atos de gestão emanada da sua atuação como proprietário, sócio, acionista, diretor, diretor executivo, administrador, diretor médico ou cargo e/ou atribuição similar;

7.15. 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. fica entendido e acordado que tal exclusão não se aplica quando os referidos empregados estiverem na condição de paciente;

7.16. Reclamações de terceiros por alegados atos de calúnia, injúria e/ou difamação. ficam igualmente excluídas as reclamações decorrentes de abuso físicos e sexuais praticados ou alegadamente praticados pelo segurado;

7.17. Qualquer reclamação baseada na infração de direitos autorais, títulos, slogans, patentes, marcas registradas de qualquer espécie, segredos comerciais ou industriais;

7.18. Extravio, furto ou roubo de bens, inclusive veículos, dinheiro e valores, em poder do segurado para guarda e custódia. consideram-se valores, para efeito deste seguro: 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;

7.19. 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;

7.20. Danos causados por construções, demolição, reconstrução ou alteração estrutural do imóvel, bem como qualquer tipo de obra, inclusive instalações e montagens;

7.21. Danos ambientais de qualquer natureza, incluindo, mas não limitado a contaminação, vazamento, emanção, emissão e/ou escape de substâncias poluidoras de forma súbita ou contínua. fica entendido e acordado que estarão excluídas quaisquer tipo de reclamações relacionadas com o uso asbestos;

7.22. Reclamações decorrentes de produtos defeituosos e/ou com vícios, incluindo, mas não limitado a medicamentos prescritos pelo segurado;

7.23. 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;

7.24. Danos a veículos sob guarda do segurado e os danos causados por veículos utilizados pelo segurado;

7.25. Reclamações de danos sofridos por terceiros decorrentes de qualquer meio 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;

7.26. Os atos médicos praticados com técnica, medicamentos e/ou equipamentos não reconhecidos pela ciência médica e/ou órgãos competentes e, ainda, os atos médicos envolvendo técnicas experimentais;

7.27. Danos decorrentes de serviços hemoterápicos prestados por bancos de sangue a terceiros dentro ou fora dos locais de risco do segurado;

7.28. 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;

7.29. Reclamações baseadas em, resultantes de ou como consequência de qualquer ato ou fato relacionado a prestação de serviços médicos que não sejam realizadas por profissionais da área médica, com especialidades devidamente reconhecidas pelo conselho federal de medicina (CFM), associação médica brasileira (AMB) e comissão nacional de residência médica (CNRM).

7.30. Reclamações baseadas em, resultantes de ou como consequência de qualquer ato ou fato relacionado a prestação de serviços médicos quando o segurado figurar na ação como operadora de plano de saúde.

7.31. Danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

7.32. Reclamações decorrentes de cirurgias plásticas estéticas.

7.33. Fraude cometida por ocasião da reclamação de sinistro;

7.34. Provocação dolosa do sinistro;

7.35. O presente seguro não cobre ainda, salvo se contratado cláusula especial e/ou opcional:

Nº Proposta: 15.738.837 - Nº Apólice/Endosso: 1.780.073.510 / 0

7.35.1. danos com a existência, uso e conservação de imóveis;

7.35.2. danos relacionados com a remoção de pacientes em ambulâncias e/ou aeronaves;

7.35.3. tratamento domiciliar, inclusive sua prescrição/indicação médica.

7.35.4. Custos de Defesa.

8. PRAZO COMPLEMENTAR E PRAZO SUPLEMENTAR PARA APRESENTAÇÃO DE RECLAMAÇÕES

8.1. Prazo complementar

8.1.1. Em caso de não renovação, o Segurado terá direito sem qualquer ônus, a um prazo adicional de 12 (doze) meses a contar do término da vigência desta Apólice, para apresentar reclamações à Seguradora, relativos aos serviços profissionais médicos cometidos entre a data retroativa de cobertura e o fim de vigência da apólice, contados a partir do término de vigência da apólice, considerando as 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 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 indenização da apólice, quando este tiver sido estabelecido.

8.1.2. O prazo complementar concedido não se aplica àquelas coberturas cujo pagamento das indenizações tenha atingido o limite agregado.

8.1.3. 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.

8.1.4. As disposições desta cláusula não alteram o prazo de cobertura, aplicando-se apenas às reclamações decorrentes de riscos cobertos ocorridos durante a vigência da apólice e no período de retroatividade nela fixado, se houver.

8.2. Prazo suplementar

8.2.1. Durante o prazo complementar, o Segurado, terá o direito de contratar, somente uma única vez, um Prazo suplementar de 12 (doze) meses para apresentar Reclamações à Seguradora, contado a partir do término do Prazo complementar, mediante o pagamento de prêmio adicional correspondente a 100% (cem por cento) do prêmio anual desta Apólice.

8.2.1.1. O direito ao Prazo suplementar poderá ser exercido pelo Segurado, desde que o mesmo efetue o pagamento total do prêmio adicional. Neste caso, o Segurado deverá efetuar o pagamento integral do prêmio adicional, não sendo admitido, desta forma, o pagamento proporcional do prêmio adicional.

8.2.2. Para exercer o direito ao Prazo suplementar, o Segurado deverá requerer sua contratação por escrito em até 30 (trinta) dias antes da data final do Prazo complementar. O prêmio adicional referente ao Prazo suplementar deverá ser pago, em uma única parcela, em até 30 (trinta) dias após a emissão do respectivo endosso.

8.2.3. Em caso de contratação de Prazo suplementar conforme os termos acima, não será possível requerer seu cancelamento ou restituição do prêmio pago.

8.3. As disposições desta cláusula não alteram o prazo de cobertura, aplicando-se apenas às reclamações decorrentes de riscos cobertos ocorridos durante a vigência da apólice e no período de retroatividade nela fixado, se houver.

8.4. Não haverá direito à contratação do Prazo complementar ou do Prazo suplementar nos casos de cancelamento desta Apólice por determinação legal ou por falta de pagamento, pelo esgotamento do Limite máximo de indenização ou transferência plena do risco para outra Seguradora.

9. LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG) DA APÓLICE

9.1. O limite máximo de garantia especificado na apólice representa o valor até o qual a Seguradora indenizará com base neste contrato de seguro, por sinistro ou pela totalidade de sinistros ocorridos durante a sua vigência, ou durante o período de retroatividade, se houver, abrigado(s) por uma ou mais coberturas, independentemente de ser(em) decorrente(s) ou não de um mesmo fato gerador.

9.2. Efetuado o pagamento de qualquer indenização, será fixado um novo limite máximo de garantia, definido como sendo a diferença entre o limite máximo de garantia vigente na data da liquidação do sinistro e a indenização efetuada, SENDO VEDADA A SUA REINTEGRAÇÃO.

9.3. Não obstante o que em contrário possam dispor às cláusulas de LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO POR COBERTURA CONTRATADA e LIMITE AGREGADO, destas condições gerais, se, em razão do pagamento de indenização, o limite máximo de garantia da apólice se tornar menor que o limite máximo de indenização ou sublimite de qualquer uma das coberturas contratadas, este último será desconsiderado, passando a valer, a partir de então, para tal cobertura, o limite máximo de garantia da apólice para fins de regulação e liquidação de eventuais sinistros.

9.4. Se as indenizações abrigadas por este contrato exaurirem o limite máximo de garantia, a apólice ficará automaticamente cancelada, não tendo o segurado direito a qualquer restituição de prêmio.

10. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI) POR COBERTURA CONTRATADA

10.1. O limite máximo de indenização especificado na apólice representa, em relação a cada cobertura contratada, o valor até o qual a Seguradora responderá por sinistro.

10.2. Os Limites Máximos de Indenização estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicando. Assim, em hipótese alguma a indenização poderá ultrapassar o valor indicado como Limite Máximo de Indenização descrito na especificação da apólice, observado o disposto na cláusula REDUÇÃO E REINTEGRAÇÃO.

10.3. O Segurado poderá solicitar aumento do limite máximo de indenização por cada cobertura, mediante solicitação por escrito à Seguradora, que analisará a aceitação ou não e responderá formalmente, as novas condições e alterações de prêmio, se aplicável.

10.3.1. Em caso de aceitação pela Seguradora, será utilizado o critério restritivo, ou seja, será aplicado o novo limite apenas para as reclamações e/ou notificações decorrentes de fatos geradores que ocorram 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 retroativa de cobertura.

10.3.2. O Limite máximo de indenização dar-se-á a primeiro risco absoluto. Neste caso, a Seguradora responderá integralmente pelos prejuízos efetivamente incorridos e devidamente comprovados pelo Segurado, até o valor do Limite máximo de indenização da apólice, respeitada as demais disposições e cláusulas constantes deste contrato.

11. LIMITE AGREGADO

11.1. Para cada cobertura contratada, fica estabelecido um segundo valor máximo de indenização, denominado limite agregado, que representa a importância até a qual a Seguradora responderá, quando considerados todos os sinistros abrigados por aquela cobertura.

11.1.1. Salvo disposição em contrário na apólice, o limite agregado por cobertura contratada, é definido como sendo o produto do limite máximo de indenização por um fator igual a um.

11.1.2. O limite agregado não elimina nem substitui o limite máximo de indenização por cobertura contratada, continuando este a ser, sem prejuízo a outras disposições deste seguro, o valor até o qual a Seguradora responderá por sinistro relativo àquela cobertura, ressalvada, porém, a possibilidade de variação dos dois limites, conforme a seguir disposto.

11.2. Efetuado o pagamento de indenização vinculada a uma cobertura contratada, serão fixados para esta:

- a) um novo limite agregado, definido como a diferença entre o limite agregado vigente na data de liquidação do sinistro e a indenização correspondente efetuada;
- b) um novo limite máximo de indenização, definido como o MENOR dos seguintes valores:
 - b.1) o limite máximo de indenização inicialmente estipulado para aquela cobertura; ou
 - b.2) o valor definido na alínea “a”.

11.3. Se as indenizações abrigadas por este contrato, exaurirem o limite agregado de uma determinada cobertura adicional, a garantia relativa a tal cobertura adicional será automaticamente cancelada, mas o seguro continuará em vigor em relação às demais coberturas adicionais cujos respectivos limites agregados não tiverem sido esgotados.

11.4. O exaurimento do limite agregado da cobertura básica implicará no cancelamento automático da apólice.

11.5. Os limites agregados NÃO SE SOMAM, NEM SE COMUNICAM, sendo estipulados, particularmente, para cada uma das coberturas contratadas.

11.6. Não será devida qualquer restituição de prêmio, pelo cancelamento da cobertura ou da apólice, em razão do exaurimento do limite agregado.

12. FRANQUIA / PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO

12.1. Fica estabelecida uma participação obrigatória do Segurado, por fato gerador, equivalente ao discriminado na especificação da apólice. Neste caso, a obrigação da Seguradora inicia-se aos montantes que ultrapassarem o valor da Franquia/ participação obrigatória do Segurado.

13. ÂMBITO DE COBERTURA

13.1. As disposições deste contrato de seguro aplicam-se exclusivamente aos danos ocorridos e reclamados no Território brasileiro, salvo estipulação em contrário prevista nas condições especiais, condições particulares, ou na apólice

14. ACEITAÇÃO, ALTERAÇÃO E RENOVAÇÃO DO SEGURO

14.1. A celebração, alteração ou renovação deste seguro dar-se-á mediante entrega de proposta à Seguradora, preenchida e assinada pelo proponente, por seu representante e/ou corretor de seguros habilitado, que contenha os elementos essenciais para exame, aceitação ou recusa do(s) risco(s) proposto(s), bem como a informação da existência de outros seguros cobrindo os mesmos interesses contra os mesmos riscos.

14.2. A Seguradora poderá solicitar, simultaneamente à proposta a ela apresentada, deste modo, fazendo parte integrante dela, questionário e/ou ficha de informação para um melhor exame do(s) risco(s) proposto(s);

14.3. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, ao proponente, protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento;

14.4. A Seguradora poderá recusar o fornecimento de protocolo para a proposta que não satisfaça a todos os requisitos formais estabelecidos para o seu recebimento, previamente à sua análise, devolvendo-a ao proponente, a seu representante ou corretor de seguros, para atendimento das exigências requeridas.

14.5. A Seguradora disporá do prazo de 25 (vinte e cinco) dias para análise da proposta, contados da data de seu recebimento, seja para seguros novos, renovações ou para alterações que impliquem modificações dos riscos e/ou das condições de garantia da apólice originalmente aceitos.

14.5.1. Dentro do prazo para análise da proposta, a Seguradora terá o direito de solicitar ao proponente, a seu representante ou corretor de seguros, documentos e/ou informações complementares, justificadamente indispensáveis à análise da proposta e/ou taxação do risco, suspendendo-se aquele prazo a cada novo pedido, voltando a correr a partir da data em que se der o completo atendimento das exigências formuladas.

14.5.2. Quando a aceitação da proposta depender de contratação de cobertura de resseguro facultativa, o prazo para análise será suspenso até que o(s) ressegurador(es) se manifeste(em) formalmente, sendo vedado o recebimento ou à cobrança, total ou parcial, do prêmio até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta.

14.5.2.1. A Seguradora, dentro daquele prazo, deverá informar, por escrito, ao proponente, a seu representante ou corretor de seguros, tal eventualidade, ressaltando a consequente inexistência da cobertura enquanto perdurar a suspensão.

Nº Proposta: 15.738.837 - Nº Apólice/Endosso: 1.780.073.510 / 0

14.5.3. Para a aceitação da proposta, o Segurado deverá declarar o seu desconhecimento acerca de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias, ocorridos desde a Data retroativa de cobertura, que possam dar origem, no futuro, a uma Reclamação coberta pelo presente seguro.

14.6. A Seguradora poderá, ainda, realizar as inspeções e verificações que considerar necessárias ou convenientes, para fins de análise da proposta e/ou taxação do risco, devendo o proponente prestar toda a assistência para que isto seja concretizado.

14.7. Para a avaliação da Proposta, o Tomador do Seguro e o Segurado deverão declarar todos e quaisquer atos, fatos ou circunstâncias, ocorridos desde a Data Retroativa de Cobertura, que possam dar origem, no futuro, a uma Reclamação coberta pelo presente seguro.

14.7.1. Essa cláusula é aplicável tanto na contratação inicial, quando acordado período de retroatividade, quanto na hipótese de transferência desta Apólice para outra sociedade Seguradora, se houver manutenção, ainda que parcial, do período de retroatividade do seguro transferido.

14.8. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, dentro do prazo de 25 (vinte e cinco) dias, caracterizará a aceitação tácita do seguro.

14.9. Aceita a proposta:

- a) a Seguradora emitirá a Apólice ou endosso em até 30 (trinta) dias, a partir da data da aceitação da proposta;
- b) a data de término de vigência da cobertura da Apólice ou endosso será fixada com base na data de início e no prazo estipulado para a sua duração.

14.10. A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:

- a) a data de manifestação da Seguradora, se dentro do prazo de 25 (vinte e cinco) dias, respeitados os termos constantes nos itens acima, que se referem a suspensão do referido prazo;
- b) a data de término do prazo de 25 (vinte e cinco) dias, em caso de ausência de manifestação da Seguradora, respeitados os termos constantes nos itens acima, que se referem a suspensão do referido prazo;
- c) a data de emissão da Apólice ou endosso com o consequente envio e/ou disponibilização do documento.

14.11. Não havendo pagamento de prêmio provisório quando do protocolo da proposta, o início de vigência da cobertura coincidirá com a data de aceitação pela Seguradora, ou em data posterior desde que expressamente acordada entre as partes. Nesta hipótese, a Seguradora não responderá por qualquer sinistro que venha ocorrer durante o período de aceitação da proposta.

14.12. Para proposta protocolada com pagamento de prêmio para garantia provisória, o início de vigência da cobertura coincidirá com a data do recebimento da proposta pela Seguradora. Nesta hipótese, a Seguradora responderá por qualquer sinistro que venha a ocorrer durante o período de aceitação da proposta.

14.13. A garantia provisória do interesse segurado, não obriga a Seguradora a aceitação definitiva do negócio.

14.14. Fará prova deste seguro a exibição da Apólice, e, na falta desta, a apresentação de documento comprobatório do
Nº Proposta: 15.738.837 - Nº Apólice/Endosso: 1.780.073.510 / 0

pagamento do respectivo prêmio, mesmo quando parcial, respeitadas, no entanto, a cada caso concreto, às disposições desta cláusula.

14.15. No caso de não aceitação da proposta, a Seguradora deverá concomitantemente:

- a) observar os prazos e a possibilidade da sua suspensão, conforme determinado nos itens desta cláusula;
- b) comunicar o fato, por escrito, ao proponente, a seu representante ou corretor de seguros, justificando os motivos da recusa;
- c) conceder cobertura por mais 02 (dois) dias úteis contados a partir da data em que o proponente, seu representante ou corretor de seguros, tiver conhecimento formal da recusa.
 - c1) A concessão de cobertura a que se refere esta alínea se aplicará somente para seguros com vigência igual ou superior a 12 (doze) meses, cuja proposta tenha sido recepcionada pela Seguradora com pagamento parcial ou total do prêmio a título de cobertura provisória, mas desde que não se enquadre nas disposições do item 14.5.2. desta cláusula;
 - c2) restituir, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a contar da data da formalização da recusa, o valor do pagamento de prêmio efetuado, deduzida a parcela relativa ao período de cobertura do seguro, e atualizado, de acordo com às disposições da Cláusula – Atualização de Valores destas Condições Gerais.

14.16. Qualquer alteração relativa à modificação do risco e/ou nas condições de garantia da Apólice só será válida se realizada por meio de endosso.

14.17. Se o pedido se referir a prorrogação do término de vigência do contrato de seguro, o segurado deverá solicitar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, com a devida justificativa, para avaliação da Seguradora que decidirá e comunicará a sua concessão.

14.18. A renovação deste seguro não é automática, cabendo às partes pactuarem previamente as bases da nova contratação, devendo o segurado preencher novo questionário e nova proposta de seguro, atualizando todas as informações constantes da apólice vincenda e encaminhando-as à seguradora antes do término de vigência desta apólice.

14.18.1. No caso de o segurado submeter à proposta renovatória em desacordo com o prazo estabelecido no item acima, a Seguradora poderá fixar, em caso de aceitação, a data de início de vigência do seguro diferentemente da data de término da vigência da apólice a ser renovada

14.18.2. Fica estabelecido que, em ocorrendo renovações sucessivas perante a mesma sociedade Seguradora, é obrigatória a concessão do período de retroatividade de cobertura da Apólice anterior.

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

14.19. Com base na análise das informações constantes da nova Proposta de Seguro e do Questionário, a Seguradora determinará se o Contrato de Seguro será ou não renovado, apresentando os novos termos e condições, uma vez aceito por ela o pedido de renovação.

14.20. A diminuição relevante do risco durante a vigência da apólice acarretará a redução do prêmio estipulado de forma proporcional, ressalvando o direito da Seguradora ao ressarcimento das despesas realizadas com a contratação. Neste caso, o

segurado poderá exigir a revisão do prêmio ou o cancelamento da apólice e/ou de seus endossos.

15. INSPEÇÃO

15.1. 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, ficará suspenso o prazo de 25 (vinte e cinco) dias previsto para análise da aceitação do risco.

16. VIGÊNCIA DO SEGURO

16.1. O seguro é válido, desde que aceito pela Seguradora pelo período contratado, a partir das 24 horas da data indicada na apólice como início de vigência e cessa às 24 horas da data indicada na apólice como final de vigência.

17. PAGAMENTO DO PRÊMIO

17.1. O prêmio da apólice ou endosso poderá ser pago à vista ou em parcelas sucessivas, mediante acordo entre as partes.

17.2. A Seguradora encaminhará o(s) documento(s) de cobrança diretamente ao segurado, ou a seu representante, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

17.3. Se o segurado, seu representante ou corretor de seguros, não receber(em) o(s) documento(s) de cobrança dentro do prazo aludido no item anterior, deverão ser solicitadas, por escrito, à Seguradora, instruções de como proceder para efetuar o pagamento antes da data-limite, sendo que, na hipótese de não ser(em) recebida(s) em tempo hábil, à data de vencimento deve ser renegociada pelas partes, sem ônus para o segurado.

17.4. Com exceção ao disposto no item anterior:

- a) não poderá ser estabelecido prazo superior a 30 (trinta) dias, contado da emissão da apólice ou endosso, para pagamento do prêmio, em parcela única, ou, de sua primeira parcela, quando fracionado;
- b) a data-limite para pagamento do prêmio, em parcela única, ou, de sua última parcela, quando fracionado, será fixada dentro da vigência da apólice ou endosso.

17.5. Se a data-limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

17.6. O segurado poderá antecipar o pagamento de prêmio fracionado, mediante a redução proporcional dos juros pactuados.

17.7. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo estipulado para pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, desde que o prêmio respectivo seja pago dentro daquele prazo.

17.8. Qualquer indenização por força do presente seguro somente passa a ser devida, depois que o pagamento do prêmio à vista,

ou de sua primeira parcela, quando fracionado, houver sido realizado pelo segurado, o que deve ser feito, no máximo, até a data-limite prevista para este fim.

17.9. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento da apólice, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor a indenizar, excluído o adicional de fracionamento.

17.10. No caso de fracionamento do prêmio, é vedada a cobrança de qualquer valor adicional do segurado a título de custo administrativo de fracionamento.

17.11. Configurada a inadimplência do segurado em relação ao pagamento do prêmio, quando pactuado à vista, ou de sua primeira parcela, quando fracionado, implicará no cancelamento automático da apólice e/ou de seus endossos, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

17.12. Configurada a inadimplência do segurado em relação ao pagamento do prêmio de qualquer parcela subsequente à primeira, quando fracionado, o segurado será notificado para efetuar o pagamento da mora no prazo de 15 (quinze) dias, contado do recebimento ou da recusa ou da frustração da notificação, ficando ciente de que:

17.12.1. Durante o prazo concedido para purgação da mora a garantia estará suspensa, afastando da Seguradora o dever de indenizar, em caso de sinistro, a partir do vencimento original da parcela não paga.

17.12.2. Poderá a Seguradora resolver o contrato no prazo de 30 (trinta) dias, contado do recebimento ou da recusa ou da frustração da notificação.

17.13. Não realizado o pagamento, no prazo de 15 (quinze) dias, poderá a Seguradora ajustar a vigência da apólice e/ou endosso em função do prêmio efetivamente pago, com base na tabela de prazo curto.

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice ou endosso	Fração a ser aplicada sobre a vigência original da apólice ou endosso
13%	15/365
20%	30/365
27%	45/365
30%	60/365
37%	75/365
40%	90/365
46%	105/365
50%	120/365
56%	135/365
60%	150/365
66%	165/365
70%	180/365
73%	195/365
75%	210/365
78%	225/365
80%	240/365

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice ou endosso	Fração a ser aplicada sobre a vigência original da apólice ou endosso
83%	255/365
85%	270/365
88%	285/365
90%	300/365
93%	315/365
95%	330/365
98%	345/365
100%	365/365

17.13.1. Para percentual não previsto na tabela de prazo curto, deverá ser aplicada a porcentagem relativa ao prazo imediatamente superior.

17.13.2 Para as apólices contratadas com prazo de vigência diferente de 1 (um) ano, aplicar-se-á as mesmas disposições da tabela de prazo curto, contudo a primeira coluna da tabela será adaptada proporcionalmente ao período pactuado.

17.13.3. A Seguradora informará ao segurado ou ao seu representante, a nova vigência da apólice e/ou endosso ajustados de acordo com a tabela de prazo curto, previamente ao efetivo cancelamento, sem prejuízo aos itens abaixo.

17.13.4. Se em decorrência da aplicação da tabela de prazo curto, a nova vigência ajustada:

a) já houver expirada, a apólice e/ou endosso serão cancelados, no prazo de 30 (trinta) dias, contado do recebimento ou da recusa ou da frustração da notificação, estabelecida no item 16.12, desta cláusula, não tendo o segurado direito a qualquer restituição de prêmio já pago.

b) não houver expirado, a Seguradora facultará, ao segurado, nova possibilidade de purgar a mora, dentro do intervalo da vigência ajustada, mediante o pagamento da(s) parcela(s) inadimplida(s), corrigida(s) monetariamente e acrescida(s) de juros moratórios pela variação positiva da taxa SELIC, calculada entre o último índice publicado antes da data de inadimplência, e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento, proporcional aos dias de atraso.

17.13.5. Caso a SELIC venha a ser extinta, a Seguradora adotará a taxa que o Governo venha a criar em substituição.

17.13.6 Na hipótese prevista na alínea “b”, do item 17.13.4, se:

a) purgada a mora, ficará automaticamente restaurada a vigência original da apólice e/ou endosso;

b) não for purgada a mora, a apólice e/ou endosso ficará(ão) automaticamente cancelado(s), não tendo o segurado direito a qualquer restituição de prêmio já pago.

17.14. Fica vedado o cancelamento da apólice e/ou de seus endossos, cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto às instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o citado financiamento.

17.15. Se for verificado o recebimento indevido do prêmio, a Seguradora deverá restituir o valor do pagamento efetuado, atualizado de acordo com as disposições da Cláusula de ATUALIZAÇÃO DE VALORES, destas Condições Gerais.

18. ALTERAÇÕES

18.1. As alterações ocorridas durante a vigência desta **apólice**, deverão ser imediata e obrigatoriamente comunicadas pelo **Segurado** ou quem representá-lo à **Seguradora**, para reanálise do **risco** e estabelecimento eventual de novas bases da **apólice**:

18.1.1. Correção ou alteração dos dados da **apólice**, inclusive bem como aqueles relacionados com as características do **risco** coberto;

18.1.2. Inclusão e exclusão de **coberturas**;

18.1.3. Alteração da razão social do **Segurado**;

18.1.4. Alteração da atividade profissional exercida;

18.1.5. Quaisquer outras circunstâncias que agravem o **risco**.

18.2. A alteração do **risco** poderá ou não ser aceita pela **Seguradora**, aplicando-se as disposições da Cláusula ACEITAÇÃO, ALTERAÇÃO E RENOVAÇÃO DO SEGURO.

18.3. Todas as alterações aqui previstas e outras com o objetivo de correção e alterações simples serão feitas por endosso.

19. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

19.1. Além do cumprimento das demais responsabilidades assumidas em relação ao presente contrato, o segurado se obriga:

19.2. A cientificar a seguradora, tão logo seja citado para responder à demanda, e a disponibilizar os elementos necessários para o conhecimento do processo.

19.3. fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o questionário que lhe submeta a seguradora.

19.3.1. Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

19.4. Responder ao questionário de risco, informando tudo de relevante que souber ou que deveria saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos.

19.5. A realizar as averbações de globalidade de riscos e interesses, quando o seguro, por sua natureza ou por expressa disposição, for do tipo que exige informações contínuas.

19.6. Agir com lealdade e boa-fé e prestar informações completas e verídicas sobre todas as questões envolvendo a formação e a execução do contrato.

19.7. Comunicar a seguradora sobre a existência de outros contratos de seguro, que garantam o mesmo risco (seguros cumulativos).

19.8. Na ocorrência de sinistro ou de qualquer fato ou circunstância que possa resultar em uma reclamação abrangida por este contrato, o segurado e/ou beneficiário se obrigam a:

- a) tomar as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar seus efeitos;
- b) avisar prontamente a seguradora, por qualquer meio idôneo, e seguir suas instruções para a contenção ou o salvamento;
- c) prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela seguradora.
- d) não promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro.

19.9. Além do cumprimento das demais responsabilidades assumidas em relação ao presente contrato, sob pena de responder pelos prejuízos a que der causa o segurado se obriga:

- a) informar prontamente a seguradora das comunicações recebidas que possam gerar reclamação futura;
- b) fornecer os documentos e outros elementos a que tiver acesso e que lhe forem solicitados pela seguradora;
- c) comparecer aos atos processuais para os quais for intimado;
- d) abster-se de agir em detrimento dos direitos e das pretensões da seguradora;
- e) colaborar no exercício dos direitos derivados da sub-rogação.

20. PERDA DE DIREITO

20.1. Além dos casos previstos em lei e nas demais cláusulas das condições da apólice, o segurado perderá o direito a indenização, além de ficar obrigado a pagar o prêmio vencido e ressarcir as despesas incorridas pela seguradora se:

20.2. Agravar intencionalmente e de forma relevante o risco.

20.3. Em caso de agravo não intencional do risco, deixar de comunicar a seguradora relevante agravamento do risco, tão logo dele tome conhecimento;

20.3.1. Se a Seguradora, comunicada sobre o agravamento, anuir com a continuidade da garantia, cobrando ou não prêmio adicional, será afastada a perda de direito a indenização.

20.3.2. O descumprimento culposo do dever de informar, obriga o segurado a pagar a diferença do prêmio apurada ou se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a um risco que não seja subscrito pela seguradora, não fará jus à garantia.

20.3.3. Ciente do agravamento, no prazo de 20 (vinte) dias, a seguradora poderá cobrar a diferença do prêmio ou, se não for tecnicamente possível garantir o novo risco, resolver o contrato;

20.3.3.1. A resolução do contrato terá efeito após 30 (trinta) dias, contado do recebimento da notificação da resolução, pelo segurado. Ressalvado o direito do segurado a restituição de eventual diferença do prêmio e a seguradora seu direito ao ressarcimento das despesas incorridas com a contratação.

20.3.3.2. Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

20.3.4. Sobrevindo o sinistro, a seguradora somente poderá recusar-se a indenizar caso prove o nexo causal entre o relevante agravamento do risco e o sinistro caracterizado.

20.4. Não fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o questionário que lhe foi submetido pela seguradora;

20.4.1. O descumprimento culposos do dever de informar implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

20.5. Provocar dolosamente um sinistro;

20.6. Tiver prévia ciência da provocação dolosa de um sinistro e não tentar evitá-lo;

20.7. Cometer qualquer fraude por ocasião da reclamação do sinistro;

20.8. Ao tomar ciência do sinistro ou da iminência de seu acontecimento, com o objetivo de evitar prejuízos à seguradora, o segurado não:

- a) tomar as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar seus efeitos;
- b) avisar prontamente a seguradora, por qualquer meio idôneo, e seguir suas instruções para a contenção ou o salvamento;
- c) prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela seguradora.

20.8.1. O descumprimento culposos, implicará a perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

20.9. Não realizar as averbações de globalidade de riscos e interesses, quando o seguro, por sua natureza ou por expressa disposição, for do tipo que exige informações contínuas.

20.9.1. A sanção de perda da garantia será aplicável ainda que a omissão seja detectada após a ocorrência do sinistro.

21. COMUNICAÇÃO E NOTIFICAÇÕES

21.1. Toda e qualquer comunicação relacionada a Sinistros ou expectativas de Sinistro decorrentes desta Apólice deverá ser feita por escrito e dirigida à Seguradora aos cuidados do Departamento de Sinistros. 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.

21.2. O Segurado deverá, sob pena de perda do direito à indenização prevista nesta Apólice, comunicar, por escrito, à Seguradora, tão logo tome conhecimento sobre qualquer citação, carta ou documento recebido, que seja relacionado com

qualquer Reclamação nos termos desta Apólice.

21.3. Sem prejuízo ao acima disposto, deverão ainda o Segurado comunicar à Seguradora todo ato ou fato suscetível de agravar os riscos cobertos por esta Apólice.

21.4. O Segurado deverá, durante o prazo de vigência desta Apólice, bem como durante seu Prazo complementar e/ou Suplementar, comunicar, por escrito, à Seguradora, tão logo seja do seu respectivo conhecimento, a ocorrência de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias que possam originar uma Reclamação futura, por parte de terceiros, nela indicando, da forma mais completa possível, os dados e particularidades tais como:

- a) Lugar, data, horário e descrição sumária do ocorrido;
- b) Se possível, nome, domicílio, estado civil, profissão ou ocupação do terceiro prejudicado ou falecido, se for o caso, bem como nome e domicílio de eventual testemunha;
- c) Natureza dos danos e de suas possíveis consequências, com base em evidência documental;
- d) procedimentos adotados para minorar os efeitos do fato gerador da notificação;
- e) 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.

21.5. A entrega da notificação garantirá que as condições desta Apólice serão aplicadas às reclamações apresentadas à Seguradora mesmo após o final do Prazo complementar ou do Prazo suplementar, conforme o caso.

21.6. 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.

21.7. O segurado deverá comunicar à Seguradora sobre contratação ou rescisão de qualquer outro seguro, referente aos mesmos riscos previstos nesta apólice.

22. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

22.1. A liquidação e a regulação de Sinistro garantido por este Contrato de Seguro processar-se-á segundo as seguintes regras:

22.2. Tendo ocorrido evento que, na avaliação do Segurado, poderá resultar em solicitação da garantia contratada nos termos deste contrato de seguro, o segurado deverá realizar a comunicação do sinistro, prestando à Seguradora todas as informações e esclarecimentos necessários para a determinação da causa, natureza e extensão dos danos causados, colocando, à disposição da Seguradora, os seguintes documentos, sem prejuízo de outros previstos neste contrato e/ou na legislação de seguros em vigor:

- a) Cópia integral da reclamação ou ação judicial (para entender o contexto da demanda contra o segurado);
- b) Troca de e-mails e comunicações anteriores entre as partes (para verificar eventuais tratativas prévias ao sinistro);
- c) Declaração detalhada do segurado sobre o ocorrido (para entender a versão dos fatos e medidas adotadas);
- d) Data do primeiro conhecimento do fato gerador do sinistro (para verificar a temporalidade da cobertura)
- e) Documentação que comprove a relação entre segurado e reclamante (para evidenciar a vinculação contratual ou profissional);
- f) Provas da execução do serviço prestado (para demonstrar se o serviço foi executado corretamente);
- g) Comprovantes de pagamento e faturamento (para verificar a remuneração recebida pelo segurado e se há impacto no sinistro);

- h) Relatórios internos, pareceres técnicos ou auditorias (para identificar eventuais falhas e medidas adotadas);
- i) Notificações de órgãos reguladores e/ou disciplinares (para verificar se há envolvimento de autoridades fiscalizadoras);
- j) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- k) Comprovação de habilitação profissional (CRM ou CRO);
- l) Termos de acordo ou propostas de negociação (para entender eventuais tentativas de solução antes da judicialização);
- m) Declaração confirmando inexistência de outros seguros (para evitar dupla cobertura indevida);
- n) Proposta de honorários advocatícios caso haja interesse em acionar a cobertura para custos de defesa (para prévia avaliação da seguradora).

22.2.1. HOSPITAIS E CLÍNICAS (ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE), além dos documentos relacionados no item 22.2.

22.2.1.1. Erros Assistenciais e Corpo Clínico

Prontuário integral;
Registros de enfermagem e equipes assistenciais;
Protocolos de atendimento adotados;
Registros de tempo de atendimento e triagem;
Relatórios de intercorrências hospitalares.

22.2.1.2. Acomodações e Infecção Hospitalar

Escala de Braden (lesões por pressão);
Escala de Morse (quedas hospitalares);
Relatório da CCIH (Portaria MS 2.616/98)
Protocolos de esterilização e higienização;
Culturas microbiológicas e uso de antibióticos;
Planos de controle de surtos infecciosos.

22.2.2. CLÍNICAS, CONSULTÓRIOS E DEMAIS ESTABELECIMENTOS, além dos documentos relacionados no item 22.2.

Prontuário completo com anamnese, diagnóstico e conduta;
Termos de consentimento de procedimentos;
Registros de procedimentos realizados;
Protocolos de segurança e controle de qualidade;
Certificação e registro profissional da equipe;
Contratos de prestação de serviços profissionais.

22.2.3. LABORATÓRIOS E EXAMES, além dos documentos relacionados no item 22.2.

Requisição do exame;
Laudo original e laudo de revisão (se houver);
Registros de controle de qualidade interno;
Calibração e manutenção de equipamentos;
Certificações e creditações laboratoriais;
Qualificação da equipe técnica.

22.3. Será configurado o aviso de sinistro, após a entrega de toda a documentação necessária e prevista nessas Condições Gerais.

22.4. A seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a existência ou não de cobertura, contado da data da configuração do aviso de sinistro, sob pena de aceitá-la tacitamente.

22.5. Após examinar os documentos necessários e previsto nessas Condições Gerais a Seguradora ou o regulador de sinistro poderão, no caso de dúvidas justificadas, solicitar documentos complementares que se façam necessários à regulação do sinistro.

22.5.1. Neste caso o prazo de 30 (trinta) dias, determinado para regulação do sinistro, será suspenso recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

22.5.2. O prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por no máximo 2 (duas) vezes, salvo nos sinistros relacionados a apólices em que a importância segurada não exceda o valor correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, quando somente poderá ser suspenso 1 (uma) vez.

22.6. É vedado ao segurado e ao beneficiário, SOB PENA DE PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO, promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro.

22.6.1. O descumprimento culposo implica obrigação de suportar as despesas acrescidas para a regulação e a liquidação do sinistro.

22.7. Correrão por conta da seguradora todas as despesas com a regulação e liquidação do sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos predeterminados para comunicação do sinistro e para prova da identificação e legitimidade do interessado, além de outros documentos ordinariamente em poder do interessado.

22.8. A execução dos procedimentos de regulação e liquidação de sinistro não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento do valor do seguro por parte da seguradora.

22.9. Se dentro do prazo previsto para regulação de sinistro, conforme especificado nos itens acima, a Seguradora concluir que a indenização não é devida ou é devida de forma parcial, comunicará formalmente o segurado de forma justificada, entregando-lhe os documentos produzidos ou obtidos durante a regulação que fundamentaram sua decisão.

22.9.1. A seguradora não está obrigada a entregar documentos e demais elementos probatórios que sejam considerados confidenciais ou sigilosos por Lei ou que possam causar danos a terceiros, salvo em razão de decisão judicial ou arbitral.

22.10. Cabe exclusivamente a seguradora a decisão sobre a cobertura do sinistro comunicado, sendo o regulador um prestador de serviços, que têm por objetivo identificar as causas e os efeitos do fato comunicado, bem como, quantificar o possível valor devido pela seguradora.

22.11. Para fins de liquidação do sinistro é obrigatória a apresentação de, no mínimo, os documentos relacionados no item 22.2, sem prejuízo de outros previstos neste contrato e/ou na legislação de seguros em vigor.

22.12. Uma vez confirmado o direito do segurado a garantia securitária, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias, contado a

partir da comunicação do aceite da cobertura e entrega de toda documentação requerida para liquidação do sinistro, para pagar a indenização em dinheiro ou realizar as operações necessárias para reparação ou reposição dos bens sinistrados.

22.12.1. Fica ajustado, porém, que na impossibilidade de reparação ou reposição dos bens sinistrados, à época da liquidação do sinistro, a indenização deverá ser paga em dinheiro.

22.13. A contagem do prazo de 30 (trinta) dias, para liquidação do sinistro, será suspensa a cada novo pedido de entrega de documentos e/ou informações complementares e reiniciada a partir do dia útil posterior àquele em que se der o completo atendimento das exigências requeridas.

22.13.1. A suspensão do prazo, poderá ocorrer por no máximo 2 (duas) vezes, salvo quando a importância segurada for menor ou igual a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, quando poderá ocorrer somente 1 (uma) vez.

22.14. A Seguradora indenizará o montante dos prejuízos regularmente apurados, até o limite máximo de indenização vigente na data da liquidação do sinistro, ou, quando aplicável, até o sublimite ou limite máximo de garantia da apólice, deduzindo-se, em qualquer uma dessas hipóteses, a franquia e/ou participação obrigatória do segurado, se houver

22.15. Se o pagamento não for efetuado pela Seguradora, no prazo previsto para liquidação de sinistro, além de configurada a responsabilidade da Seguradora, por perdas e danos desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos, os valores de indenização sujeitam-se a atualização monetária, juros moratórios e multa, de acordo com as disposições da cláusula ATUALIZAÇÃO DE VALORES, destas condições gerais.

22.16. Nos seguros contratados em moeda estrangeira, a conversão para moeda nacional ou conversão de moeda nacional para moeda estrangeira será feita tomando-se como referência a data do dia útil imediatamente anterior à data da efetiva indenização.

22.17. No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, será admitido pela Seguradora para fins de regulação e liquidação de sinistro, os documentos no idioma do país de origem das referidas despesas.

22.17.1. Caso seja necessária a tradução destes documentos, as despesas correspondentes ficarão a cargo exclusivo da Seguradora.

22.18. O pagamento de qualquer indenização, com base neste contrato, somente será efetuado após terem sido relatadas as circunstâncias do evento, apuradas as suas causas, comprovados os valores a indenizar e o direito de recebê-los, cabendo ao segurado, ou quem o representar, prestar toda a assistência para que isto seja concretizado.

22.19. Com respeito às reclamações envolvendo o segurado com outras pessoas físicas ou jurídicas não seguradas pela apólice, às partes contratantes, concordam em envidar seus melhores esforços para determinar a alocação justa e adequada das responsabilidades entre estes. Igual procedimento deverá ser adotado entre segurado e Seguradora, na hipótese de a reclamação envolver riscos cobertos e não cobertos por este seguro.

22.20. A seguradora poderá celebrar transação com os prejudicados, o que não implicará o reconhecimento de responsabilidade do segurado nem prejudicará aqueles a quem é imputada a responsabilidade.

22.20.1. O Segurado poderá solicitar a não celebração do acordo à Seguradora, que a seu único e exclusivo critério poderá

aceitar ou não tal situação. Em caso de não celebração, a pedido do segurado, a Seguradora somente responderá até o limite estabelecido no referido acordo.

23. APURAÇÃO DE VALORES PARA INDENIZAÇÃO

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

23.2. 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 indenização fixado para a apólice, de conformidade com o Limite agregado da mesma.

23.3. Para apuração dos valores de prejuízos e indenizações, de acordo com as demais condições deste seguro, serão adotados os seguintes critérios:

- a) o Segurado, sob hipótese alguma, não deverá admitir ou arcar com qualquer responsabilidade, no todo ou em parte, nem deverá incorrer em encargos ou despesas, sem o prévio consentimento por escrito da Seguradora;
- b) apurada a responsabilidade civil legal do Segurado por sentença judicial transitada em julgado, decisão arbitral final, ou acordo nos termos deste seguro, a Seguradora efetuará a indenização da reparação pecuniária que aquele tenha sido obrigado a pagar;
- c) todos os danos decorrentes de um mesmo fato gerador serão considerados como um único sinistro, qualquer que seja o número de reclamantes ou reclamações. Para os efeitos das indenizações amparadas por este contrato, será considerado como um único e mesmo sinistro todas as reclamações provenientes da mesma causa originária, prevalecendo às condições vigentes no momento da primeira notificação apresentada à Seguradora. Ocorrendo o término da vigência da cobertura, ou o esgotamento do limite contratado, cessará automaticamente a cobertura para os acontecimentos ocorridos posteriormente;
- d) em caso de Sinistro, se constar que os valores que serviram de base ao cálculo do prêmio foram inferiores aos contabilizados pelo Segurado, a indenização será paga na razão entre o prêmio pago e o devido;
- e) qualquer acordo judicial ou extrajudicial, com o terceiro prejudicado, seus beneficiários e herdeiros, só será reconhecido pela Seguradora se tiver sua prévia anuência. Na hipótese de recusa do Segurado em aceitar o acordo recomendado pela Seguradora e aceito pelo terceiro prejudicado, fica desde já acordado que a Seguradora não responderá por quaisquer quantias acima daquela pela qual seria o Sinistro liquidado por aquele acordo;

24. VISTORIA DE SINISTRO

24.1. 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. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

25.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro sobre os mesmos bens e contra os mesmos riscos, deverá comunicar sua intenção, previamente, por escrito, a todas as Seguradoras envolvidas, sob pena de perda de direito.

25.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes (não cumulativas e/ou em excesso) que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras

envolvidas obedecerá às seguintes disposições:

25.2.1. Será calculada a indenização individual da cobertura de cada apólice, considerando-se franquias, participações obrigatórias do segurado, limites máximos de indenização e, quando aplicável, os sublimites e os limites máximos de garantia.

25.2.2. Será definida a soma das indenizações individuais calculadas de acordo com o subitem anterior, observado que:

- a) quando a soma for igual ou inferior aos prejuízos indenizáveis, cada Seguradora envolvida participará com a sua respectiva indenização individual, assumindo o segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;
- b) quando a soma for maior que os prejuízos indenizáveis, cada Seguradora envolvida participará com percentual sobre tais prejuízos indenizáveis correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma estabelecida na forma deste subitem 24.2.2.

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

25.4. Salvo disposição em contrário, a Seguradora que tiver participado com a maior parte da indenização ficará encarregada de negociar os salvados e repassar a quota-parte, relativa ao produto desta negociação, às demais participantes.

26. TRANSFERÊNCIA DE APÓLICES

26.1. 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 a vigência do seguro na ocasião da contratação.

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

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

26.4. Na hipótese prevista no item anterior, a aplicação dos prazos adicionais ficará restrita a apresentação de reclamações de terceiros relativos aos danos ocorridos no período compreendido entre a data limite de retroatividade da nova apólice.

27. ALTERAÇÕES DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO OU COBERTURA DO SEGURO

27.1. Nos casos de alteração do limite máximo de indenização ou de alguma cobertura do seguro, serão adotados os seguintes critérios:

- a) será admitido, desde que previamente aprovado pela Seguradora, durante a vigência da apólice, com possibilidade de alteração do prêmio;
- b) as alterações serão aplicadas, apenas, aos Sinistros efetivamente ocorridos a partir da data de sua implementação, prevalecendo as condições anteriores para os Sinistros já ocorridos, sejam eles de conhecimento ou não do Segurado.

28. REDUÇÃO E REINTEGRAÇÃO DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

28.1. Ocorrido um Sinistro indenizado pela Seguradora, o Limite máximo de indenização previsto nesta Apólice será reduzido, subtraindo-se o valor de cada indenização paga de tal limite até que ele seja completamente consumido, não tendo o Segurado direito à restituição do prêmio correspondente a tal redução. Com a utilização total do Limite máximo de indenização, o seguro tornar-se-á sem efeito, ressalvada a necessidade de dedução dos prêmios vincendos.

28.2. Fica desde já entendido e acordado que o Limite máximo de indenização não está sujeito a qualquer tipo de ajuste ou correção e que não haverá, em nenhuma hipótese, reintegração do Limite máximo de indenização.

29. RESCISÃO E CANCELAMENTO

29.1. Este seguro ficará automaticamente cancelado, sem qualquer restituição de prêmio e emolumentos, quando:

- a. A indenização ou soma de indenizações pagas atingirem o Limite Máximo de Garantia ou a Importância Segurada, expressamente estabelecida na Especificação da Apólice;
- b. Não houver o pagamento do respectivo prêmio, nas circunstâncias descritas na Cláusula PAGAMENTO DO PRÊMIO, deste Contrato de Seguro;
- c. Ocorrer o agravamento intencional e relevante do risco, nas circunstâncias descritas na Cláusula PERDA DE DIREITO, deste Contrato de Seguro

29.2. A rescisão total ou parcial do contrato poderá ser realizada a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, mas sempre com a concordância recíproca.

29.2.1. Na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto, que se encontra na Cláusula PAGAMENTO DO PRÊMIO.

29.2.2. Se a rescisão for por iniciativa da Seguradora, esta reterá, além dos emolumentos, o prêmio correspondente à quantidade de dias em que vigoram a cobertura da apólice e/ou endosso, calculado na base “pro-rata-die”.

29.2.3 O valor a ser restituído ao Segurado deverá ser atualizado, nos exatos termos da ATUALIZAÇÃO DE VALORES, destas Condições Gerais.

30. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

30.1. Paga a Indenização, cujos recibos de quitação valerão como instrumento de cessão, a Seguradora ficará sub-rogada em todos os direitos e ações que competirem ao Segurado em razão de eventual processo de ressarcimento das quantias indenizadas por ela, obrigando-se o Segurado a facilitar os meios necessários ao exercício desta prerrogativa.

30.2. Qualquer quantia recuperada pela Seguradora, em excesso ao valor do pagamento efetuado por ela, deverá ser restituída ao Segurado, deduzido o custo proporcional suportado pela Seguradora para obter a referida recuperação.

30.3. Sob pena de responder pelos prejuízos a que der causa, o segurado é obrigado a colaborar no exercício dos direitos derivados da sub-rogação.

30.4. A sub-rogação não terá lugar quando o sinistro decorrer de culpa não grave de:

- a) cônjuge ou parentes até o segundo grau, consanguíneos ou por afinidade, do segurado ou do beneficiário;
- b) empregados ou pessoas sob a responsabilidade do segurado.

30.4.1. Quando o culpado pelo sinistro for garantido por seguro de responsabilidade civil, é admitido o exercício do direito excluído pelo item 30.4, contra a seguradora que o garantir.

30.5. A sub-rogação da seguradora não poderá implicar prejuízo ao direito remanescente do segurado ou do beneficiário contra terceiros.

30.6. É ineficaz qualquer ato do segurado que diminua ou extinga, em prejuízo do segurador, os direitos a que se refere esta cláusula.

31. FORO

31.1. Fica estabelecido que as questões judiciais entre Segurado e Seguradora serão dirimidas 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.

32. PRESCRIÇÃO

32.1. Os prazos prescricionais serão aqueles determinados pelo Código Civil Brasileiro.

33. DOCUMENTOS DO SEGURO

33.1. São documentos do presente seguro a proposta com seus anexos e, quando for o caso, o respectivo questionário e a ficha de informações.

33.2. 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 na cláusula “Alteração, aceitação e Renovação do Seguro”, destas Condições gerais.

33.3. 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.

34. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

34.1. Os valores das obrigações pecuniárias da Seguradora relativas a este contrato, sujeitam -se à atualização monetária e juros moratórios, calculados pela taxa SELIC, a partir da data em que se tornarem exigíveis, nos termos destas condições gerais, de acordo com as seguintes regras:

34.1.1. Atualização das devoluções de prêmios em caso de:

Nº Proposta: 15.738.837 - Nº Apólice/Endosso: 1.780.073.510 / 0

- a) recusa de proposta recepcionada com adiantamento de valor para cobertura provisória: os valores serão exigíveis a partir da data do recebimento do prêmio.
- b) cancelamento do contrato, por iniciativa da seguradora: os valores serão exigíveis a partir da data do efetivo cancelamento.
- c) cancelamento do contrato, por iniciativa do segurado: os valores serão exigíveis a partir da data do recebimento da solicitação de cancelamento.
- d) recebimento indevido de prêmio: os valores serão exigíveis a partir da data do recebimento do prêmio.

34.2. Quando, do não cumprimento do prazo de pagamento da indenização de sinistro, os valores serão exigíveis a partir da data de ocorrência do sinistro, incluindo a multa de 2% (dois por cento).

34.3. Quando a indenização for paga sob a forma de reembolso de despesas, os valores serão exigíveis a partir da data do efetivo dispêndio pelo segurado.

34.4. A atualização de que trata este Capítulo 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.

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

34.6. Caso a SELIC venha a ser extinta, a Seguradora adotará a taxa que o Governo venha a criar em substituição.

34.7. Não obstante ao acima exposto, as partes poderão estabelecer outros índices admitidos pela legislação vigente, desde que expressamente ratificados na apólice.

34.8. A atualização monetária e juros moratórios das obrigações pecuniárias da Seguradora para os seguros contratados em moeda estrangeira, serão aplicadas quando tais obrigações forem liquidadas em moeda nacional ou estrangeira.

SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL PARA HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E DEMAIS PRESTADORAS DE SERVIÇOS MÉDICOS

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES, COM NOTIFICAÇÕES

CONDIÇÕES GERAIS

Processo SUSEP nº. 15414.000702/2008-64_v202512

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.
- 1.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.
- 1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do Corretor de Seguros e da Sociedade Seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 1.4. As Condições Contratuais deste produto protocolizadas pela Seguradora junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de Processo SUSEP e início de vigência constante da Apólice.
- 1.5. Para os casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- 1.6. Link da plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores www.consumidor.gov.br.

2. APRESENTAÇÃO

- 2.1. Apresentamos, a seguir, as Condições Contratuais CHUBB RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL PARA HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E DEMAIS PRESTADORAS DE SERVIÇOS MÉDICOS, que regem este Contrato de Seguro e estabelecem suas normas de funcionamento.
- 2.2. Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas que estiverem previstas e discriminadas na Especificação da Apólice, desprezando-se quaisquer outras.

3. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO

- 3.1. As normas que regem este Contrato de Seguro, estão subdivididas em três partes, assim denominadas: condições gerais, condições especiais e condições particulares, as quais, em conjunto, recebem o nome de Condições Contratuais, sendo dele parte integrante e inseparável.

I. **Condições Gerais:** reúnem as disposições comuns aplicáveis a todas as coberturas contratadas nesta Apólice, estabelecendo as obrigações e os direitos do Segurado e da Seguradora.

II. Condições Especiais: o conjunto de cláusulas que estipulam disposições específicas aplicáveis às coberturas básicas contratadas na Apólice, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

III. Condições Particulares: o conjunto de cláusulas que alteram as condições gerais e/ou condições especiais, modificando ou revogando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições, e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura. As condições particulares se subdividem em coberturas adicionais, cláusulas específicas e cláusulas particulares.

3.2. Mediante a contratação do seguro, o Segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto das Condições Gerais, Condições Especiais e Condições Particulares, constantes na Especificação da Apólice.

4. DEFINIÇÕES

4.1 Estas definições reúnem, de forma breve e objetiva, os significados dos mais variados termos técnicos, expressões e palavras, e tem como finalidade servir de apoio ao Segurado para dirimir dúvidas quanto a termos utilizados e expressos neste documento.

4.1.1. Nesta Apólice, salvo se o contexto exigir de outra forma:

- o singular inclui o plural e vice-versa;
- os cabeçalhos são apenas descritivos e não afetam a interpretação; e
- as palavras usadas nesta Apólice têm os significados determinados neste parágrafo, nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais e/ou Particulares;
- as palavras definidas serão diferenciadas pela inicial em letra maiúscula; se em letra minúscula, o sentido será aquele da semântica da língua portuguesa do Brasil (pt-BR).

APÓLICE: é o documento através do qual a Seguradora formaliza a aceitação do seguro, definindo os valores e as condições pactuadas nessa aceitação. Considera-se também como apólice, o questionário e os endossos de alteração das condições pactuadas.

APÓLICE À BASE DE OCORRÊNCIAS: aquela que 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 arbitral ou civil, ou ainda, por acordo aprovado pela Seguradora, desde que os danos tenham ocorrido durante a vigência da apólice, e o segurado pleiteie a garantia no transcorrer deste período ou dentro dos prazos prescricionais em vigor.

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES, COM NOTIFICAÇÕES: aquela que 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 arbitral ou civil, ou por acordo aprovado pela Seguradora, desde que:

- a) os danos cobertos tenham ocorrido durante a vigência da apólice, ou dentro do período de retroatividade contratualmente previsto; e
- b) o terceiro apresente reclamação ao segurado, durante a vigência da apólice, ou no transcorrer do prazo complementar ou suplementar, quando aplicável; ou
- c) o segurado, tenha notificado fatos ou circunstâncias ocorridas durante a vigência da apólice, ou dentro do período de retroatividade contratualmente previsto; e
- d) o terceiro apresente reclamação ao segurado, durante a vigência da apólice, ou no transcorrer dos prazos prescricionais em vigor.

Nº Proposta: 15.738.837 - Nº Apólice/Endosso: 1.780.073.510 / 0

ATO MÉDICO: atividade diagnóstica, prognóstica, de investigação, de perícias médico-legais, de prescrição e execução de medidas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, e de técnicas médicas, cirúrgicas e de reabilitação relativas à saúde e à doença física e mental de pessoas. A presente definição abrange os atos praticados por médicos, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, osteopatas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, biomédicos, farmacêuticos, técnicos, tecnólogos, e demais profissionais da área saúde devidamente habilitados e com especialidades reconhecidas juntos aos órgãos de classe correspondentes.

ATOS ILÍCITOS DOLOSOS: são os danos diretamente causados por qualquer pessoa ou grupo de pessoas que tenha agido contra terceiros com intenção de causar prejuízo e/ou obter qualquer tipo de vantagem.

AVISO DE SINISTRO: é a comunicação formal específica de uma **reclamação** de **terceiros**, acompanhada de todos os elementos necessários a regulação do sinistro, efetuada durante o período de vigência da apólice ou que seja efetuada durante o Prazo Complementar ou Prazo Suplementar, que o segurado é obrigado a fazer à Seguradora com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do sinistro.

COBERTURAS: conjunto de proteções concedidas pelo contrato de seguro, de conformidade com as condições contratadas.

COBERTURA BÁSICA: são aquelas sem as quais o contrato de seguro não pode ser constituído.

COBERTURAS ADICIONAIS: são as coberturas complementares às coberturas básicas.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições gerais.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou **coberturas** de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

CONDIÇÕES PARTICULARES: conjunto de cláusulas que alteram as Condições gerais e/ou Especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.

CONTENÇÃO DE SINISTRO E SALVAMENTO:

- a) **contenção de sinistro:** tomada de medidas imediatas para evitar risco iminente e que seria coberto por este seguro, a partir de um incidente, sem as quais os riscos cobertos e descritos na **apólice** seriam inevitáveis ou ocorreriam de fato, condicionada, no entanto, qualquer situação, aos exatos termos das **coberturas** contratadas;
- b) **salvamento:** tomada de medidas imediatas, após a ocorrência de um sinistro, de modo a minorar as suas consequências, evitando a propagação de riscos cobertos, salvando e protegendo os bens e/ou interesses descritos na apólice.

CORRETOR: profissional autorizado pelos órgãos competentes para promover a intermediação de contratos de seguro e sua administração.

CUSTO DE DEFESA: consiste em custos, custas judiciais, encargos, honorários (advocáticos, de assistentes técnicos e periciais), depósitos recursais (incluindo os custos de recursos e garantias necessários à defesa do Segurado, considerados, também, os

custos para a eventual contratação de seguro garantia) e todas as demais despesas necessárias e razoáveis, incorridas, conforme os termos desta Apólice na defesa de uma Reclamação coberta por esta Apólice.

DANO: são os prejuízos e ofensas sofridos por terceiros por ação ou omissão cuja responsabilidade seja atribuída ao Segurado. Os danos são classificados em materiais, corporais, estéticos e/ou morais.

DANO CORPORAL: danos físicos às pessoas, incluindo, mas não limitado a lesão, incapacidade ou morte, perda total ou parcial de um órgão, sentido ou função decorrentes de um ato médico incidental causado a terceiros.

DANO ESTÉTICO: transformações ou ofensa à harmonia física da pessoa, caracterizado por deformações permanentes ou de remoção total ou parcial mediante a submissão de novos atos médicos cirúrgicos, incluindo, mas não limitado a marcas, manchas, cicatrizes, hematomas e queimaduras.

DANO MATERIAL: danos físicos causados a propriedade tangível, entendidos pela presente apólice como lucros cessantes, despesa médica e hospitalar, medicamentos, viagens, contratação de serviços de enfermeiros, psicólogos e demais prejuízos auferidos pelo terceiro reclamante decorrente de um ato médico incidental causado a terceiros.

DANO MORAL: dano causado de forma involuntária a terceiros, que traz como consequência ofensa a honra, ao afeto, à liberdade, à profissão, ao respeito aos mortos, à psique, à saúde, ao nome, ao crédito, ao bem estar e à vida, sem necessidades de ocorrência de prejuízo financeiro decorrentes de um ato médico incidental causado a terceiros.

DATA RETROATIVA DE COBERTURA: data igual ou anterior ao início de vigência da primeira de uma série sucessiva e ininterrupta de apólices à base de reclamações, a ser pactuada pelas partes por ocasião inicial do seguro.

EMPREGADO: aquele que, nos termos da lei, comprove vínculo empregatício e/ou relação laboral com o segurado, autorizado por este para trabalhar em suas instalações, a seu serviço.

ENDOSSO: é o documento expedido pela Seguradora, durante a vigência do contrato, pelo qual ela e o Segurado acordam quanto à alteração de dados, modificam as condições ou o objeto do seguro.

EXTRAVIO DE DOCUMENTOS: se caracterizam com o desaparecimento de documentos por motivo de força maior ou caso fortuito.

FATO GERADOR: acontecimento accidental e imprevisto que resulta em dano corporal, estético, material e/ou moral causado a um terceiro decorrente de um ato médico incidental coberto pela 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 reclamante.

FRANQUIA / PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA: valor até o qual o Segurado responde obrigatoriamente pelos prejuízos de um Sinistro coberto. A responsabilidade da Seguradora inicia-se apenas e tão somente no que excede o valor da franquia. A franquia pode ser um valor fixo ou percentual aplicável sobre os valores reclamados ou ambos, conforme descrito na especificação da apólice.

FURTO DE DOCUMENTOS: se caracteriza pela subtração sem que tenha havido o emprego de qualquer força ou violência para obtenção de documentos e, quando qualificado se caracteriza pela subtração mediante destruição ou rompimento de obstáculo, bem como abuso de confiança, para obtenção dos documentos.

INDENIZAÇÃO: é o valor monetário pago pela Seguradora em decorrência de fato gerador coberto por este seguro.

INSPEÇÃO: termo utilizado para definir ato da Seguradora em realizar trabalho de visita ao local do risco para inspecioná-lo e, mediante relatório detalhado, tomar prévio conhecimento do mesmo para fins de aceitação e taxação e/ou rejeição do risco.

LIMITE AGREGADO: valor total máximo indenizável por cobertura no contrato de seguro, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos ou despesas relacionadas aos sinistros ocorridos, sendo previamente fixado e estipulado como produto do limite máximo de indenização por um fator superior ou igual a um, devidamente descrito na especificação da presente apólice. Os limites agregados estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicado.

LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG) DA APÓLICE: valor máximo a ser pago pela Seguradora, com base na apólice, resultante de determinado evento ou série de eventos ocorridos durante a vigência do contrato, abrigado(s) por uma ou mais coberturas contratadas. O limite máximo de garantia da apólice é fixado com valor menor ou igual à soma dos limites máximos de indenização estabelecidos individualmente para cada cobertura contratada.

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI) POR COBERTURA CONTRATADA: É o limite total de responsabilidade da Seguradora por qualquer indenização securitária prevista nesta Apólice, em um único Sinistro ou uma série de Sinistros (de um ou vários reclamantes), apresentados no decorrer da Vigência do Seguro, limitada ainda ao Limite máximo de indenização fixado para cada Cobertura contratada, caso aplicável.

A eventual contratação do Prazo Suplementar não afetará o Limite máximo de indenização, que permanecerá em vigor parcial ou totalmente, na exata medida em que tenha sido ou não anteriormente consumido.

O Limite máximo de indenização dar-se-á a primeiro Risco absoluto. Neste caso, a Seguradora responderá integralmente pelos prejuízos efetivamente incorridos e devidamente comprovados pelo Segurado, até o valor do Limite máximo de indenização da Apólice, respeitada as demais disposições e cláusulas constantes deste contrato.

Os limites e os sublimites descritos na Especificação da Apólice aplicam-se às Coberturas descritas nas cláusulas Cobertura básica, Extensões de Cobertura e suas respectivas subcláusulas.

Os limites máximos de indenização estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicando.

LOCAL DE RISCO: são todos os locais de propriedade, alugados, controlados e/ou utilizados pelo segurado para prestar serviços profissionais médicos a terceiros. Os locais deverão estar devidamente descritos na especificação da apólice.

NOTIFICAÇÃO: para efeito deste Seguro, meio do qual o Segurado comunica à Seguradora, por escrito, fatos ou circunstâncias que podem dar origem a reclamações futuras amparadas pelo seguro.

PERÍODO DE RETROATIVIDADE: corresponde ao espaço de tempo compreendido entre a data retroativa de cobertura e a do início de vigência da apólice em curso.

PERÍODO DE VIGÊNCIA: é o período de validade da apólice, que deve ser no mínimo de 1 (um) ano.

PRAZO COMPLEMENTAR: prazo adicional para apresentação, pelo Segurado, de reclamações de terceiros, a ele concedido, obrigatoriamente, pela Seguradora, sem cobrança de qualquer prêmio adicional, a partir do término de vigência da apólice ou da data de seu cancelamento.

PRAZO SUPLEMENTAR: prazo adicional para apresentação de reclamações ao segurado, por parte de terceiros, oferecido, obrigatoriamente, pela sociedade seguradora, mediante a cobrança facultativa de prêmio adicional, tendo início na data do término do prazo complementar. Esta possibilidade deve ser invocada pelo Segurado, de acordo com os procedimentos estabelecidos na apólice.

PRÊMIO: é o valor que o Segurado paga à Seguradora para que esta assuma os efeitos econômicos dos riscos cobertos pelo seguro.

PROPONENTE: pessoa jurídica que pretende fazer um seguro.

PROPOSTA DE SEGURO: é o instrumento que formaliza o interesse do proponente ou estipulante em efetuar o seguro.

QUESTIONÁRIO: documento elaborado pela Seguradora e preenchido pelo Segurado, 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.

RATEIO: é o cálculo da indenização previsto nos seguros à primeiro risco, que preveem uma participação proporcional do Segurado nos prejuízos.

RECLAMAÇÃO: é a ação arbitral, judicial ou extrajudicial ou qualquer outro tipo de demanda pecuniária escrita ou não do terceiro prejudicado contra o Segurado por atos médicos danosos cobertos pelo presente seguro.

REGULAÇÃO DE SINISTRO: trata-se do processo de avaliação das causas, consequências, circunstâncias e apuração dos prejuízos devidos ao Segurado e do direito deste à indenização.

RISCO: é a possibilidade de um acontecimento acidental ou inesperado, causador de dano ou um prejuízo financeiro.

RISCO COBERTO: é o efetivo acontecimento acidental ou inesperado, causador de dano ou um prejuízo financeiro contra o qual é feito o seguro e que a Seguradora tem o dever de indenizar, desde que dentro dos parâmetros de coberturas, prazos e limites contratados pelo Segurado descritos na presente apólice.

ROUBO DE DOCUMENTOS: se caracteriza pela subtração de documentos mediante grave ameaça ou violência, reduzindo a possibilidade de resistência da vítima.

SALVADOS: todos os remanescentes materiais de um Sinistro ocorrido que pertencem à Seguradora após a indenização do Sinistro, devendo ser preservados pelo Segurado.

SEGURADO: é pessoa jurídica contratante do seguro, na qualidade de prestador de serviços médicos com habilitação reconhecida pelos respectivos conselhos competentes e devidamente descrita na especificação da apólice.

SEGURADORA: empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil como tal e que recebendo o prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo contrato de seguro.

SEGURO A PRIMEIRO RISCO ABSOLUTO: em caso de sinistro, a Seguradora responderá pelo pagamento dos prejuízos até o Limite máximo de indenização ou Limite agregado indicado na apólice. Neste caso não se aplica a cláusula de rateio.

SERVIÇOS PROFISSIONAIS MÉDICOS: Conjunto de atos médicos que caracterizam a prestação de serviços do Segurado aos seus respectivos clientes/ pacientes.

SINISTRO: É o termo que define o acontecimento do fato gerador previsto e coberto no contrato deste seguro.

SUBLIMITE: valor que faz parte integrante do limite máximo de indenização atribuído para uma determinada cobertura, e jamais em adição a ele, representado a quantia até a qual a Seguradora se responsabilizará, por sinistro, em relação a um evento, série de eventos ou a determinados bens e/ou interesses seguráveis.

SUCUMBÊNCIA: O princípio da sucumbência atribui à parte vencida em um processo judicial o pagamento de todos os gastos decorrentes da atividade processual.

TERCEIRO: pessoa física que recebeu a prestação de serviços profissionais médicos e/ou seus representantes legalmente constituídos para pleitear reparações de danos.

USO E CONSERVAÇÃO DO IMÓVEL: o estado do imóvel e condições de manutenção do(s) local(is) onde se encontram e são desenvolvidas as atividades profissionais do Segurado.

VISTORIA DE SINISTRO: termo utilizado para definir ato do Segurador em realizar trabalho de visita ao local da ocorrência do Sinistro, a fim de apurar o montante dos prejuízos sofridos pelo terceiro pela efetivação do fato gerador previsto e coberto no contrato de seguro.

5. OBJETO DO SEGURO

5.1. O objeto do presente seguro é o pagamento, a título de indenização securitária pela Seguradora ao terceiro beneficiário, por danos causados pela prestação de serviços profissionais médicos pelos quais o Segurado seja responsabilizado civilmente nos termos desta Apólice, das coberturas contratadas e especificadas nesta Apólice, observadas as exclusões e limitações aqui expressamente previstas.

5.2. Fica esclarecido entre as partes que esta apólice é à base de reclamação com notificação, ou seja, que tem como objeto o pagamento de indenização securitária com base em Reclamações apresentadas à Seguradora entre o início de vigência desta

Apólice e o fim do Prazo complementar ou Prazo suplementar, exclusivamente sobre os fatos geradores verificados entre a Data retroativa de cobertura e a do término da vigência desta apólice, conforme o caso.

5.3. Durante o período de vigência desta apólice, é facultado ao Segurado notificar a Seguradora sobre a ocorrência de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias que possam originar uma reclamação. A notificação também poderá ser dirigida à Seguradora durante o Prazo complementar e quando contratado, o Prazo suplementar.

5.4. Fica entendido que a notificação, quando válida, garante ao Segurado o direito à indenização securitária mesmo após o término do prazo supra mencionado, caso venha se configurar a reclamação.

5.5. A mera suspeita com relação a uma possível reclamação não implica na necessidade de notificação à Seguradora, devendo o Segurado tão somente fazê-lo quando existir prova documental que fundamente tal expectativa.

6. ABRANGÊNCIA DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA

6.1. Desde que observadas todas as disposições desta apólice, as coberturas aqui previstas garantem, até o Limite máximo de indenização, ou quando aplicável, até o Limite Máximo de Garantia ou sublimite devidamente estipulado na especificação da apólice, o pagamento das quantias pelas quais o segurado venha a ser civilmente responsabilizado, em consequência de atos médicos danosos, por ele cometidos, ou por seus empregados (próprios, terceirizados e/ou contratados), contra terceiros, no exercício de seus serviços profissionais médicos.

6.2. Para os efeitos da presente cobertura securitária, assim que constatada a existência de uma Reclamação coberta pela presente apólice, a Seguradora efetuará o pagamento das quantias devidas e/ou reembolso das despendidas, pelo segurado, diretamente decorrentes de:

- a) condenações pecuniárias provenientes de sentenças judiciais transitadas em julgado ou decisões arbitrais finais proferidas contra o Segurado;
- b) acordos judiciais ou extrajudiciais negociados com o consentimento prévio e por escrito da Seguradora;
- c) contenção de sinistro e salvamento, comprovadamente efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência de um Sinistro.
- c1) Subsistirá a obrigação da Seguradora, ainda que os prejuízos não superem o valor da franquia contratada ou que as medidas de contenção ou de salvamento tenham sido ineficazes.
- c2) As despesas cobertas por meio do presente seguro, de acordo com as circunstâncias de cada ocorrência, podem ser efetivadas por outrem, que não o próprio segurado, inclusive por autoridade competente, ressalvando-se, porém que a obrigação da Seguradora será cumprida nos exatos termos destas condições gerais.
- c3) Tais dispêndios somente correrão por conta da Seguradora na medida em que se relacionarem com um eventual Sinistro coberto. Despesas de contenção e salvamento de sinistros, ou minoração de danos que não tenham relação com a cobertura securitária garantida por esta Apólice não serão indenizadas.**
- c4) A Seguradora não estará obrigada ao pagamento de despesas com medidas inadequadas, inoportunas, desproporcionais ou injustificadas, e ao pagamento de despesas não decorrentes diretamente dos riscos cobertos por esta apólice de seguro.**
- c5) As disposições desta cláusula não alteram e não ampliam as coberturas objeto do presente contrato de seguro, aplicando-se apenas às despesas de sinistro incorridas durante a vigência do seguro.
- c6) Nos termos da legislação civil vigente, o segurado se obriga a avisar imediatamente a Seguradora ao tomar ciência do sinistro ou da iminência de seu acontecimento ou ao receber uma ordem de autoridade competente que possa gerar pagamento de despesa.**

c7) Não haverá reintegração das despesas previstas para a presente cláusula.

6.3. Fica resguardado à Seguradora o direito de ressarcimento por qualquer indenização securitária paga ou adiantada indevidamente, caso se verifique a inexistência de cobertura.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

7.1. A seguradora ficará desobrigada de indenizar ou de efetuar qualquer pagamento com base nesta apólice, quando da ocorrência de qualquer uma das situações listadas nas cláusulas abaixo ou quando e na medida em que uma reclamação estiver relacionada direta ou indiretamente a qualquer uma de referidas circunstâncias:

7.2. Praticar voluntariamente atos médicos proibidos por leis ou por regulamentações emanadas de autoridades sanitárias ou outras autoridades competentes de normas e resoluções no que se refere aos parâmetros estabelecidos pelos conselhos federais de serviços médicos profissionais considerados no presente seguro;

7.3. Os atos médicos praticados pelo segurado quando sua licença para exercer a profissão estiver suspensa, revogada, expirada ou não renovada junto às entidades de classe responsáveis por este controle na época da realização do ato médico que ensejou a reclamação;

7.4. Reclamações por atos médicos praticados pelo segurado sob o efeito de substâncias tóxicas, entorpecentes e/ou de álcool;

7.5. A responsabilidade civil atribuídas a outros hospitais, planos de saúde, convênios, cooperativas de trabalho ou instituições similares e que não estejam devidamente descritas na especificação da apólice.

7.6. Quaisquer tipos de responsabilidade atribuídos a fabricantes de remédios ou de equipamentos para prestação de serviços médicos bem como órgãos governamentais;

7.7. Radiações ionizantes ou quaisquer outras emanções havidas na produção, transporte, utilização ou neutralização de materiais físséis e seus resíduos, e quaisquer fatos geradores decorrentes de energia nuclear, com fins pacíficos ou bélicos e também qualquer perda, destruição, dano ou responsabilidade legal direta ou indiretamente causados por, resultantes de, ou para os quais tenha contribuído material de armas nucleares. fica, porém, entendido e acordado que esta exclusão não se aplicará quando os danos decorrerem do uso exclusivamente terapêutico da energia nuclear, no estabelecimento do segurado e sob sua supervisão direta;

7.8. Pedidos de reembolso de honorários profissionais já pagos, mesmo quando decorrentes de risco coberto por esta apólice;

7.9. Fatos geradores ocorridos em período anterior ao estabelecido na “data retroativa de cobertura”, conhecido ou não pelo segurado. estarão também excluídos, os fatos geradores ocorridos entre o período da data retroativa de cobertura e o início de vigência da apólice, que sejam conhecidos pelo segurado;

7.10. Atos ilícitos dolosos, criminais e/ou fraudulentos praticados pelo segurado, seus beneficiários e respectivos representantes legais, salvo se o dolo do representante do segurado ou do beneficiário, for em prejuízo desses; A presente exclusão somente aplicar-se-á na hipótese: (i) de confissão do Segurado atestando sua conduta dolosa ou (ii) de decisão judicial transitada em

julgado, ou ainda, de decisão arbitral ou administrativa irrecorrível, em que isto reste declarado.

7.10.1. Para a presente apólice, a referida exclusão aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes;

7.11. Condenações judiciais aplicadas ao segurado, de caráter punitivo ou exemplar, bem como multas e/ou penalidades aplicadas ao segurado, incluindo, mas não limitado a multas contratuais e extracontratuais, imposição de penalidades não pecuniárias e/ou concessão espontânea de garantias pessoais ou reais por parte do segurado;

7.12. Responsabilidades assumidas pelo segurado por contratos ou convenções, promessas escrita ou não, incluindo, mas não limitado ao resultado de qualquer tratamento médico ministrado pelo segurado, reclamações por resultados insatisfatórios ao desejado, propaganda médica, ou por qualquer outro tipo de acordo que não sejam decorrentes de obrigações civis legais;

7.13. 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. ficam ainda excluídos, as reclamações apresentadas pelo segurado contra outros segurados descritos na apólice;

7.14. Responsabilidade do segurado decorrente de reclamações por atos de gestão emanada da sua atuação como proprietário, sócio, acionista, diretor, diretor executivo, administrador, diretor médico ou cargo e/ou atribuição similar;

7.15. 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. fica entendido e acordado que tal exclusão não se aplica quando os referidos empregados estiverem na condição de paciente;

7.16. Reclamações de terceiros por alegados atos de calúnia, injúria e/ou difamação. ficam igualmente excluídas as reclamações decorrentes de abuso físicos e sexuais praticados ou alegadamente praticados pelo segurado;

7.17. Qualquer reclamação baseada na infração de direitos autorais, títulos, slogans, patentes, marcas registradas de qualquer espécie, segredos comerciais ou industriais;

7.18. Extravio, furto ou roubo de bens, inclusive veículos, dinheiro e valores, em poder do segurado para guarda e custódia. consideram-se valores, para efeito deste seguro: 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;

7.19. 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;

7.20. Danos causados por construções, demolição, reconstrução ou alteração estrutural do imóvel, bem como qualquer tipo de obra, inclusive instalações e montagens;

7.21. Danos ambientais de qualquer natureza, incluindo, mas não limitado a contaminação, vazamento, emanção, emissão e/ou escape de substâncias poluidoras de forma súbita ou contínua. fica entendido e acordado que estarão excluídas quaisquer tipo de reclamações relacionadas com o uso asbestos;

7.22. Reclamações decorrentes de produtos defeituosos e/ou com vícios, incluindo, mas não limitado a medicamentos prescritos pelo segurado;

7.23. 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;

7.24. Danos a veículos sob guarda do segurado e os danos causados por veículos utilizados pelo segurado;

7.25. Reclamações de danos sofridos por terceiros decorrentes de qualquer meio 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;

7.26. Os atos médicos praticados com técnica, medicamentos e/ou equipamentos não reconhecidos pela ciência médica e/ou órgãos competentes e, ainda, os atos médicos envolvendo técnicas experimentais;

7.27. Danos decorrentes de serviços hemoterápicos prestados por bancos de sangue a terceiros dentro ou fora dos locais de risco do segurado;

7.28. 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;

7.29. Reclamações baseadas em, resultantes de ou como consequência de qualquer ato ou fato relacionado a prestação de serviços médicos que não sejam realizadas por profissionais da área médica, com especialidades devidamente reconhecidas pelo conselho federal de medicina (CFM), associação médica brasileira (AMB) e comissão nacional de residência médica (CNRM).

7.30. Reclamações baseadas em, resultantes de ou como consequência de qualquer ato ou fato relacionado a prestação de serviços médicos quando o segurado figurar na ação como operadora de plano de saúde.

7.31. Danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

7.32. Reclamações decorrentes de cirurgias plásticas estéticas.

7.33. Fraude cometida por ocasião da reclamação de sinistro;

7.34. Provocação dolosa do sinistro;

7.35. O presente seguro não cobre ainda, salvo se contratado cláusula especial e/ou opcional:

Nº Proposta: 15.738.837 - Nº Apólice/Endosso: 1.780.073.510 / 0

7.35.1. danos com a existência, uso e conservação de imóveis;

7.35.2. danos relacionados com a remoção de pacientes em ambulâncias e/ou aeronaves;

7.35.3. tratamento domiciliar, inclusive sua prescrição/indicação médica.

7.35.4. Custos de Defesa.

8. PRAZO COMPLEMENTAR E PRAZO SUPLEMENTAR PARA APRESENTAÇÃO DE RECLAMAÇÕES

8.1. Prazo complementar

8.1.1. Em caso de não renovação, o Segurado terá direito sem qualquer ônus, a um prazo adicional de 12 (doze) meses a contar do término da vigência desta Apólice, para apresentar reclamações à Seguradora, relativos aos serviços profissionais médicos cometidos entre a data retroativa de cobertura e o fim de vigência da apólice, contados a partir do término de vigência da apólice, considerando as 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 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 indenização da apólice, quando este tiver sido estabelecido.

8.1.2. O prazo complementar concedido não se aplica àquelas coberturas cujo pagamento das indenizações tenha atingido o limite agregado.

8.1.3. 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.

8.1.4. As disposições desta cláusula não alteram o prazo de cobertura, aplicando-se apenas às reclamações decorrentes de riscos cobertos ocorridos durante a vigência da apólice e no período de retroatividade nela fixado, se houver.

8.2. Prazo suplementar

8.2.1. Durante o prazo complementar, o Segurado, terá o direito de contratar, somente uma única vez, um Prazo suplementar de 12 (doze) meses para apresentar Reclamações à Seguradora, contado a partir do término do Prazo complementar, mediante o pagamento de prêmio adicional correspondente a 100% (cem por cento) do prêmio anual desta Apólice.

8.2.1.1. O direito ao Prazo suplementar poderá ser exercido pelo Segurado, desde que o mesmo efetue o pagamento total do prêmio adicional. Neste caso, o Segurado deverá efetuar o pagamento integral do prêmio adicional, não sendo admitido, desta forma, o pagamento proporcional do prêmio adicional.

8.2.2. Para exercer o direito ao Prazo suplementar, o Segurado deverá requerer sua contratação por escrito em até 30 (trinta) dias antes da data final do Prazo complementar. O prêmio adicional referente ao Prazo suplementar deverá ser pago, em uma única parcela, em até 30 (trinta) dias após a emissão do respectivo endosso.

8.2.3. Em caso de contratação de Prazo suplementar conforme os termos acima, não será possível requerer seu cancelamento ou restituição do prêmio pago.

8.3. As disposições desta cláusula não alteram o prazo de cobertura, aplicando-se apenas às reclamações decorrentes de riscos cobertos ocorridos durante a vigência da apólice e no período de retroatividade nela fixado, se houver.

8.4. Não haverá direito à contratação do Prazo complementar ou do Prazo suplementar nos casos de cancelamento desta Apólice por determinação legal ou por falta de pagamento, pelo esgotamento do Limite máximo de indenização ou transferência plena do risco para outra Seguradora.

9. LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG) DA APÓLICE

9.1. O limite máximo de garantia especificado na apólice representa o valor até o qual a Seguradora indenizará com base neste contrato de seguro, por sinistro ou pela totalidade de sinistros ocorridos durante a sua vigência, ou durante o período de retroatividade, se houver, abrigado(s) por uma ou mais coberturas, independentemente de ser(em) decorrente(s) ou não de um mesmo fato gerador.

9.2. Efetuado o pagamento de qualquer indenização, será fixado um novo limite máximo de garantia, definido como sendo a diferença entre o limite máximo de garantia vigente na data da liquidação do sinistro e a indenização efetuada, SENDO VEDADA A SUA REINTEGRAÇÃO.

9.3. Não obstante o que em contrário possam dispor às cláusulas de LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO POR COBERTURA CONTRATADA e LIMITE AGREGADO, destas condições gerais, se, em razão do pagamento de indenização, o limite máximo de garantia da apólice se tornar menor que o limite máximo de indenização ou sublimite de qualquer uma das coberturas contratadas, este último será desconsiderado, passando a valer, a partir de então, para tal cobertura, o limite máximo de garantia da apólice para fins de regulação e liquidação de eventuais sinistros.

9.4. Se as indenizações abrigadas por este contrato exaurirem o limite máximo de garantia, a apólice ficará automaticamente cancelada, não tendo o segurado direito a qualquer restituição de prêmio.

10. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI) POR COBERTURA CONTRATADA

10.1. O limite máximo de indenização especificado na apólice representa, em relação a cada cobertura contratada, o valor até o qual a Seguradora responderá por sinistro.

10.2. Os Limites Máximos de Indenização estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicando. Assim, em hipótese alguma a indenização poderá ultrapassar o valor indicado como Limite Máximo de Indenização descrito na especificação da apólice, observado o disposto na cláusula REDUÇÃO E REINTEGRAÇÃO.

10.3. O Segurado poderá solicitar aumento do limite máximo de indenização por cada cobertura, mediante solicitação por escrito à Seguradora, que analisará a aceitação ou não e responderá formalmente, as novas condições e alterações de prêmio, se aplicável.

10.3.1. Em caso de aceitação pela Seguradora, será utilizado o critério restritivo, ou seja, será aplicado o novo limite apenas para as reclamações e/ou notificações decorrentes de fatos geradores que ocorram 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 retroativa de cobertura.

10.3.2. O Limite máximo de indenização dar-se-á a primeiro risco absoluto. Neste caso, a Seguradora responderá integralmente pelos prejuízos efetivamente incorridos e devidamente comprovados pelo Segurado, até o valor do Limite máximo de indenização da apólice, respeitada as demais disposições e cláusulas constantes deste contrato.

11. LIMITE AGREGADO

11.1. Para cada cobertura contratada, fica estabelecido um segundo valor máximo de indenização, denominado limite agregado, que representa a importância até a qual a Seguradora responderá, quando considerados todos os sinistros abrigados por aquela cobertura.

11.1.1. Salvo disposição em contrário na apólice, o limite agregado por cobertura contratada, é definido como sendo o produto do limite máximo de indenização por um fator igual a um.

11.1.2. O limite agregado não elimina nem substitui o limite máximo de indenização por cobertura contratada, continuando este a ser, sem prejuízo a outras disposições deste seguro, o valor até o qual a Seguradora responderá por sinistro relativo àquela cobertura, ressalvada, porém, a possibilidade de variação dos dois limites, conforme a seguir disposto.

11.2. Efetuado o pagamento de indenização vinculada a uma cobertura contratada, serão fixados para esta:

- a) um novo limite agregado, definido como a diferença entre o limite agregado vigente na data de liquidação do sinistro e a indenização correspondente efetuada;
- b) um novo limite máximo de indenização, definido como o MENOR dos seguintes valores:
 - b.1) o limite máximo de indenização inicialmente estipulado para aquela cobertura; ou
 - b.2) o valor definido na alínea “a”.

11.3. Se as indenizações abrigadas por este contrato, exaurirem o limite agregado de uma determinada cobertura adicional, a garantia relativa a tal cobertura adicional será automaticamente cancelada, mas o seguro continuará em vigor em relação às demais coberturas adicionais cujos respectivos limites agregados não tiverem sido esgotados.

11.4. O esgotamento do limite agregado da cobertura básica implicará no cancelamento automático da apólice.

11.5. Os limites agregados NÃO SE SOMAM, NEM SE COMUNICAM, sendo estipulados, particularmente, para cada uma das coberturas contratadas.

11.6. Não será devida qualquer restituição de prêmio, pelo cancelamento da cobertura ou da apólice, em razão do esgotamento do limite agregado.

12. FRANQUIA / PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO

12.1. Fica estabelecida uma participação obrigatória do Segurado, por fato gerador, equivalente ao discriminado na especificação da apólice. Neste caso, a obrigação da Seguradora inicia-se aos montantes que ultrapassarem o valor da Franquia/ participação obrigatória do Segurado.

13. ÂMBITO DE COBERTURA

13.1. As disposições deste contrato de seguro aplicam-se exclusivamente aos danos ocorridos e reclamados no Território brasileiro, salvo estipulação em contrário prevista nas condições especiais, condições particulares, ou na apólice

14. ACEITAÇÃO, ALTERAÇÃO E RENOVAÇÃO DO SEGURO

14.1. A celebração, alteração ou renovação deste seguro dar-se-á mediante entrega de proposta à Seguradora, preenchida e assinada pelo proponente, por seu representante e/ou corretor de seguros habilitado, que contenha os elementos essenciais para exame, aceitação ou recusa do(s) risco(s) proposto(s), bem como a informação da existência de outros seguros cobrindo os mesmos interesses contra os mesmos riscos.

14.2. A Seguradora poderá solicitar, simultaneamente à proposta a ela apresentada, deste modo, fazendo parte integrante dela, questionário e/ou ficha de informação para um melhor exame do(s) risco(s) proposto(s);

14.3. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, ao proponente, protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento;

14.4. A Seguradora poderá recusar o fornecimento de protocolo para a proposta que não satisfaça a todos os requisitos formais estabelecidos para o seu recebimento, previamente à sua análise, devolvendo-a ao proponente, a seu representante ou corretor de seguros, para atendimento das exigências requeridas.

14.5. A Seguradora disporá do prazo de 25 (vinte e cinco) dias para análise da proposta, contados da data de seu recebimento, seja para seguros novos, renovações ou para alterações que impliquem modificações dos riscos e/ou das condições de garantia da apólice originalmente aceitos.

14.5.1. Dentro do prazo para análise da proposta, a Seguradora terá o direito de solicitar ao proponente, a seu representante ou corretor de seguros, documentos e/ou informações complementares, justificadamente indispensáveis à análise da proposta e/ou taxação do risco, suspendendo-se aquele prazo a cada novo pedido, voltando a correr a partir da data em que se der o completo atendimento das exigências formuladas.

14.5.2. Quando a aceitação da proposta depender de contratação de cobertura de resseguro facultativa, o prazo para análise será suspenso até que o(s) ressegurador(es) se manifeste(em) formalmente, sendo vedado o recebimento ou à cobrança, total ou parcial, do prêmio até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta.

14.5.2.1. A Seguradora, dentro daquele prazo, deverá informar, por escrito, ao proponente, a seu representante ou corretor de seguros, tal eventualidade, ressaltando a consequente inexistência da cobertura enquanto perdurar a suspensão.

Nº Proposta: 15.738.837 - Nº Apólice/Endosso: 1.780.073.510 / 0

14.5.3. Para a aceitação da proposta, o Segurado deverá declarar o seu desconhecimento acerca de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias, ocorridos desde a Data retroativa de cobertura, que possam dar origem, no futuro, a uma Reclamação coberta pelo presente seguro.

14.6. A Seguradora poderá, ainda, realizar as inspeções e verificações que considerar necessárias ou convenientes, para fins de análise da proposta e/ou taxação do risco, devendo o proponente prestar toda a assistência para que isto seja concretizado.

14.7. Para a avaliação da Proposta, o Tomador do Seguro e o Segurado deverão declarar todos e quaisquer atos, fatos ou circunstâncias, ocorridos desde a Data Retroativa de Cobertura, que possam dar origem, no futuro, a uma Reclamação coberta pelo presente seguro.

14.7.1. Essa cláusula é aplicável tanto na contratação inicial, quando acordado período de retroatividade, quanto na hipótese de transferência desta Apólice para outra sociedade Seguradora, se houver manutenção, ainda que parcial, do período de retroatividade do seguro transferido.

14.8. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, dentro do prazo de 25 (vinte e cinco) dias, caracterizará a aceitação tácita do seguro.

14.9. Aceita a proposta:

- a) a Seguradora emitirá a Apólice ou endosso em até 30 (trinta) dias, a partir da data da aceitação da proposta;
- b) a data de término de vigência da cobertura da Apólice ou endosso será fixada com base na data de início e no prazo estipulado para a sua duração.

14.10. A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:

- a) a data de manifestação da Seguradora, se dentro do prazo de 25 (vinte e cinco) dias, respeitados os termos constantes nos itens acima, que se referem a suspensão do referido prazo;
- b) a data de término do prazo de 25 (vinte e cinco) dias, em caso de ausência de manifestação da Seguradora, respeitados os termos constantes nos itens acima, que se referem a suspensão do referido prazo;
- c) a data de emissão da Apólice ou endosso com o consequente envio e/ou disponibilização do documento.

14.11. Não havendo pagamento de prêmio provisório quando do protocolo da proposta, o início de vigência da cobertura coincidirá com a data de aceitação pela Seguradora, ou em data posterior desde que expressamente acordada entre as partes. Nesta hipótese, a Seguradora não responderá por qualquer sinistro que venha ocorrer durante o período de aceitação da proposta.

14.12. Para proposta protocolada com pagamento de prêmio para garantia provisória, o início de vigência da cobertura coincidirá com a data do recebimento da proposta pela Seguradora. Nesta hipótese, a Seguradora responderá por qualquer sinistro que venha a ocorrer durante o período de aceitação da proposta.

14.13. A garantia provisória do interesse segurado, não obriga a Seguradora a aceitação definitiva do negócio.

14.14. Fará prova deste seguro a exibição da Apólice, e, na falta desta, a apresentação de documento comprobatório do
Nº Proposta: 15.738.837 - Nº Apólice/Endosso: 1.780.073.510 / 0

pagamento do respectivo prêmio, mesmo quando parcial, respeitadas, no entanto, a cada caso concreto, às disposições desta cláusula.

14.15. No caso de não aceitação da proposta, a Seguradora deverá concomitantemente:

- a) observar os prazos e a possibilidade da sua suspensão, conforme determinado nos itens desta cláusula;
- b) comunicar o fato, por escrito, ao proponente, a seu representante ou corretor de seguros, justificando os motivos da recusa;
- c) conceder cobertura por mais 02 (dois) dias úteis contados a partir da data em que o proponente, seu representante ou corretor de seguros, tiver conhecimento formal da recusa.
 - c1) A concessão de cobertura a que se refere esta alínea se aplicará somente para seguros com vigência igual ou superior a 12 (doze) meses, cuja proposta tenha sido recepcionada pela Seguradora com pagamento parcial ou total do prêmio a título de cobertura provisória, mas desde que não se enquadre nas disposições do item 14.5.2. desta cláusula;
 - c2) restituir, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a contar da data da formalização da recusa, o valor do pagamento de prêmio efetuado, deduzida a parcela relativa ao período de cobertura do seguro, e atualizado, de acordo com às disposições da Cláusula – Atualização de Valores destas Condições Gerais.

14.16. Qualquer alteração relativa à modificação do risco e/ou nas condições de garantia da Apólice só será válida se realizada por meio de endosso.

14.17. Se o pedido se referir a prorrogação do término de vigência do contrato de seguro, o segurado deverá solicitar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, com a devida justificativa, para avaliação da Seguradora que decidirá e comunicará a sua concessão.

14.18. A renovação deste seguro não é automática, cabendo às partes pactuarem previamente as bases da nova contratação, devendo o segurado preencher novo questionário e nova proposta de seguro, atualizando todas as informações constantes da apólice vincenda e encaminhando-as à seguradora antes do término de vigência desta apólice.

14.18.1. No caso de o segurado submeter à proposta renovatória em desacordo com o prazo estabelecido no item acima, a Seguradora poderá fixar, em caso de aceitação, a data de início de vigência do seguro diferentemente da data de término da vigência da apólice a ser renovada

14.18.2. Fica estabelecido que, em ocorrendo renovações sucessivas perante a mesma sociedade Seguradora, é obrigatória a concessão do período de retroatividade de cobertura da Apólice anterior.

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

14.19. Com base na análise das informações constantes da nova Proposta de Seguro e do Questionário, a Seguradora determinará se o Contrato de Seguro será ou não renovado, apresentando os novos termos e condições, uma vez aceito por ela o pedido de renovação.

14.20. A diminuição relevante do risco durante a vigência da apólice acarretará a redução do prêmio estipulado de forma proporcional, ressaltando o direito da Seguradora ao ressarcimento das despesas realizadas com a contratação. Neste caso, o

segurado poderá exigir a revisão do prêmio ou o cancelamento da apólice e/ou de seus endossos.

15. INSPEÇÃO

15.1. 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, ficará suspenso o prazo de 25 (vinte e cinco) dias previsto para análise da aceitação do risco.

16. VIGÊNCIA DO SEGURO

16.1. O seguro é válido, desde que aceito pela Seguradora pelo período contratado, a partir das 24 horas da data indicada na apólice como início de vigência e cessa às 24 horas da data indicada na apólice como final de vigência.

17. PAGAMENTO DO PRÊMIO

17.1. O prêmio da apólice ou endosso poderá ser pago à vista ou em parcelas sucessivas, mediante acordo entre as partes.

17.2. A Seguradora encaminhará o(s) documento(s) de cobrança diretamente ao segurado, ou a seu representante, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

17.3. Se o segurado, seu representante ou corretor de seguros, não receber(em) o(s) documento(s) de cobrança dentro do prazo aludido no item anterior, deverão ser solicitadas, por escrito, à Seguradora, instruções de como proceder para efetuar o pagamento antes da data-limite, sendo que, na hipótese de não ser(em) recebida(s) em tempo hábil, à data de vencimento deve ser renegociada pelas partes, sem ônus para o segurado.

17.4. Com exceção ao disposto no item anterior:

- a) não poderá ser estabelecido prazo superior a 30 (trinta) dias, contado da emissão da apólice ou endosso, para pagamento do prêmio, em parcela única, ou, de sua primeira parcela, quando fracionado;
- b) a data-limite para pagamento do prêmio, em parcela única, ou, de sua última parcela, quando fracionado, será fixada dentro da vigência da apólice ou endosso.

17.5. Se a data-limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

17.6. O segurado poderá antecipar o pagamento de prêmio fracionado, mediante a redução proporcional dos juros pactuados.

17.7. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo estipulado para pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, desde que o prêmio respectivo seja pago dentro daquele prazo.

17.8. Qualquer indenização por força do presente seguro somente passa a ser devida, depois que o pagamento do prêmio à vista,

ou de sua primeira parcela, quando fracionado, houver sido realizado pelo segurado, o que deve ser feito, no máximo, até a data-limite prevista para este fim.

17.9. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento da apólice, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor a indenizar, excluído o adicional de fracionamento.

17.10. No caso de fracionamento do prêmio, é vedada a cobrança de qualquer valor adicional do segurado a título de custo administrativo de fracionamento.

17.11. Configurada a inadimplência do segurado em relação ao pagamento do prêmio, quando pactuado à vista, ou de sua primeira parcela, quando fracionado, implicará no cancelamento automático da apólice e/ou de seus endossos, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

17.12. Configurada a inadimplência do segurado em relação ao pagamento do prêmio de qualquer parcela subsequente à primeira, quando fracionado, o segurado será notificado para efetuar o pagamento da mora no prazo de 15 (quinze) dias, contado do recebimento ou da recusa ou da frustração da notificação, ficando ciente de que:

17.12.1. Durante o prazo concedido para purgação da mora a garantia estará suspensa, afastando da Seguradora o dever de indenizar, em caso de sinistro, a partir do vencimento original da parcela não paga.

17.12.2. Poderá a Seguradora resolver o contrato no prazo de 30 (trinta) dias, contado do recebimento ou da recusa ou da frustração da notificação.

17.13. Não realizado o pagamento, no prazo de 15 (quinze) dias, poderá a Seguradora ajustar a vigência da apólice e/ou endosso em função do prêmio efetivamente pago, com base na tabela de prazo curto.

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice ou endosso	Fração a ser aplicada sobre a vigência original da apólice ou endosso
13%	15/365
20%	30/365
27%	45/365
30%	60/365
37%	75/365
40%	90/365
46%	105/365
50%	120/365
56%	135/365
60%	150/365
66%	165/365
70%	180/365
73%	195/365
75%	210/365
78%	225/365
80%	240/365

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice ou endosso	Fração a ser aplicada sobre a vigência original da apólice ou endosso
83%	255/365
85%	270/365
88%	285/365
90%	300/365
93%	315/365
95%	330/365
98%	345/365
100%	365/365

17.13.1. Para percentual não previsto na tabela de prazo curto, deverá ser aplicada a porcentagem relativa ao prazo imediatamente superior.

17.13.2 Para as apólices contratadas com prazo de vigência diferente de 1 (um) ano, aplicar-se-á as mesmas disposições da tabela de prazo curto, contudo a primeira coluna da tabela será adaptada proporcionalmente ao período pactuado.

17.13.3. A Seguradora informará ao segurado ou ao seu representante, a nova vigência da apólice e/ou endosso ajustados de acordo com a tabela de prazo curto, previamente ao efetivo cancelamento, sem prejuízo aos itens abaixo.

17.13.4. Se em decorrência da aplicação da tabela de prazo curto, a nova vigência ajustada:

a) já houver expirada, a apólice e/ou endosso serão cancelados, no prazo de 30 (trinta) dias, contado do recebimento ou da recusa ou da frustração da notificação, estabelecida no item 16.12, desta cláusula, não tendo o segurado direito a qualquer restituição de prêmio já pago.

b) não houver expirado, a Seguradora facultará, ao segurado, nova possibilidade de purgar a mora, dentro do intervalo da vigência ajustada, mediante o pagamento da(s) parcela(s) inadimplida(s), corrigida(s) monetariamente e acrescida(s) de juros moratórios pela variação positiva da taxa SELIC, calculada entre o último índice publicado antes da data de inadimplência, e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento, proporcional aos dias de atraso.

17.13.5. Caso a SELIC venha a ser extinta, a Seguradora adotará a taxa que o Governo venha a criar em substituição.

17.13.6 Na hipótese prevista na alínea “b”, do item 17.13.4, se:

a) purgada a mora, ficará automaticamente restaurada a vigência original da apólice e/ou endosso;

b) não for purgada a mora, a apólice e/ou endosso ficará(ão) automaticamente cancelado(s), não tendo o segurado direito a qualquer restituição de prêmio já pago.

17.14. Fica vedado o cancelamento da apólice e/ou de seus endossos, cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto às instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o citado financiamento.

17.15. Se for verificado o recebimento indevido do prêmio, a Seguradora deverá restituir o valor do pagamento efetuado, atualizado de acordo com as disposições da Cláusula de ATUALIZAÇÃO DE VALORES, destas Condições Gerais.

18. ALTERAÇÕES

18.1. As alterações ocorridas durante a vigência desta **apólice**, deverão ser imediata e obrigatoriamente comunicadas pelo **Segurado** ou quem representá-lo à **Seguradora**, para reanálise do **risco** e estabelecimento eventual de novas bases da **apólice**:

18.1.1. Correção ou alteração dos dados da **apólice**, inclusive bem como aqueles relacionados com as características do **risco** coberto;

18.1.2. Inclusão e exclusão de **coberturas**;

18.1.3. Alteração da razão social do **Segurado**;

18.1.4. Alteração da atividade profissional exercida;

18.1.5. Quaisquer outras circunstâncias que agravem o **risco**.

18.2. A alteração do **risco** poderá ou não ser aceita pela **Seguradora**, aplicando-se as disposições da Cláusula ACEITAÇÃO, ALTERAÇÃO E RENOVAÇÃO DO SEGURO.

18.3. Todas as alterações aqui previstas e outras com o objetivo de correção e alterações simples serão feitas por endosso.

19. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

19.1. Além do cumprimento das demais responsabilidades assumidas em relação ao presente contrato, o segurado se obriga:

19.2. A cientificar a seguradora, tão logo seja citado para responder à demanda, e a disponibilizar os elementos necessários para o conhecimento do processo.

19.3. fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o questionário que lhe submeta a seguradora.

19.3.1. Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

19.4. Responder ao questionário de risco, informando tudo de relevante que souber ou que deveria saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos.

19.5. A realizar as averbações de globalidade de riscos e interesses, quando o seguro, por sua natureza ou por expressa disposição, for do tipo que exige informações contínuas.

19.6. Agir com lealdade e boa-fé e prestar informações completas e verídicas sobre todas as questões envolvendo a formação e a execução do contrato.

19.7. Comunicar a seguradora sobre a existência de outros contratos de seguro, que garantam o mesmo risco (seguros cumulativos).

19.8. Na ocorrência de sinistro ou de qualquer fato ou circunstância que possa resultar em uma reclamação abrangida por este contrato, o segurado e/ou beneficiário se obrigam a:

- a) tomar as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar seus efeitos;
- b) avisar prontamente a seguradora, por qualquer meio idôneo, e seguir suas instruções para a contenção ou o salvamento;
- c) prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela seguradora.
- d) não promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro.

19.9. Além do cumprimento das demais responsabilidades assumidas em relação ao presente contrato, sob pena de responder pelos prejuízos a que der causa o segurado se obriga:

- a) informar prontamente a seguradora das comunicações recebidas que possam gerar reclamação futura;
- b) fornecer os documentos e outros elementos a que tiver acesso e que lhe forem solicitados pela seguradora;
- c) comparecer aos atos processuais para os quais for intimado;
- d) abster-se de agir em detrimento dos direitos e das pretensões da seguradora;
- e) colaborar no exercício dos direitos derivados da sub-rogação.

20. PERDA DE DIREITO

20.1. Além dos casos previstos em lei e nas demais cláusulas das condições da apólice, o segurado perderá o direito a indenização, além de ficar obrigado a pagar o prêmio vencido e ressarcir as despesas incorridas pela seguradora se:

20.2. Agravar intencionalmente e de forma relevante o risco.

20.3. Em caso de agravo não intencional do risco, deixar de comunicar a seguradora relevante agravamento do risco, tão logo dele tome conhecimento;

20.3.1. Se a Seguradora, comunicada sobre o agravamento, anuir com a continuidade da garantia, cobrando ou não prêmio adicional, será afastada a perda de direito a indenização.

20.3.2. O descumprimento culposos do dever de informar, obriga o segurado a pagar a diferença do prêmio apurada ou se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a um risco que não seja subscrito pela seguradora, não fará jus à garantia.

20.3.3. Ciente do agravamento, no prazo de 20 (vinte) dias, a seguradora poderá cobrar a diferença do prêmio ou, se não for tecnicamente possível garantir o novo risco, resolver o contrato;

20.3.3.1. A resolução do contrato terá efeito após 30 (trinta) dias, contado do recebimento da notificação da resolução, pelo segurado. Ressalvado o direito do segurado a restituição de eventual diferença do prêmio e a seguradora seu direito ao ressarcimento das despesas incorridas com a contratação.

20.3.3.2. Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

20.3.4. Sobrevindo o sinistro, a seguradora somente poderá recusar-se a indenizar caso prove o nexo causal entre o relevante agravamento do risco e o sinistro caracterizado.

20.4. Não fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o questionário que lhe foi submetido pela seguradora;

20.4.1. O descumprimento culposos do dever de informar implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

20.5. Provocar dolosamente um sinistro;

20.6. Tiver prévia ciência da provocação dolosa de um sinistro e não tentar evitá-lo;

20.7. Cometer qualquer fraude por ocasião da reclamação do sinistro;

20.8. Ao tomar ciência do sinistro ou da iminência de seu acontecimento, com o objetivo de evitar prejuízos à seguradora, o segurado não:

- a) tomar as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar seus efeitos;
- b) avisar prontamente a seguradora, por qualquer meio idôneo, e seguir suas instruções para a contenção ou o salvamento;
- c) prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela seguradora.

20.8.1. O descumprimento culposos, implicará a perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

20.9. Não realizar as averbações de globalidade de riscos e interesses, quando o seguro, por sua natureza ou por expressa disposição, for do tipo que exige informações contínuas.

20.9.1. A sanção de perda da garantia será aplicável ainda que a omissão seja detectada após a ocorrência do sinistro.

21. COMUNICAÇÃO E NOTIFICAÇÕES

21.1. Toda e qualquer comunicação relacionada a Sinistros ou expectativas de Sinistro decorrentes desta Apólice deverá ser feita por escrito e dirigida à Seguradora aos cuidados do Departamento de Sinistros. 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.

21.2. O Segurado deverá, sob pena de perda do direito à indenização prevista nesta Apólice, comunicar, por escrito, à Seguradora, tão logo tome conhecimento sobre qualquer citação, carta ou documento recebido, que seja relacionado com

qualquer Reclamação nos termos desta Apólice.

21.3. Sem prejuízo ao acima disposto, deverão ainda o Segurado comunicar à Seguradora todo ato ou fato suscetível de agravar os riscos cobertos por esta Apólice.

21.4. O Segurado deverá, durante o prazo de vigência desta Apólice, bem como durante seu Prazo complementar e/ou Suplementar, comunicar, por escrito, à Seguradora, tão logo seja do seu respectivo conhecimento, a ocorrência de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias que possam originar uma Reclamação futura, por parte de terceiros, nela indicando, da forma mais completa possível, os dados e particularidades tais como:

- a) Lugar, data, horário e descrição sumária do ocorrido;
- b) Se possível, nome, domicílio, estado civil, profissão ou ocupação do terceiro prejudicado ou falecido, se for o caso, bem como nome e domicílio de eventual testemunha;
- c) Natureza dos danos e de suas possíveis consequências, com base em evidência documental;
- d) procedimentos adotados para minorar os efeitos do fato gerador da notificação;
- e) 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.

21.5. A entrega da notificação garantirá que as condições desta Apólice serão aplicadas às reclamações apresentadas à Seguradora mesmo após o final do Prazo complementar ou do Prazo suplementar, conforme o caso.

21.6. 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.

21.7. O segurado deverá comunicar à Seguradora sobre contratação ou rescisão de qualquer outro seguro, referente aos mesmos riscos previstos nesta apólice.

22. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

22.1. A liquidação e a regulação de Sinistro garantido por este Contrato de Seguro processar-se-á segundo as seguintes regras:

22.2. Tendo ocorrido evento que, na avaliação do Segurado, poderá resultar em solicitação da garantia contratada nos termos deste contrato de seguro, o segurado deverá realizar a comunicação do sinistro, prestando à Seguradora todas as informações e esclarecimentos necessários para a determinação da causa, natureza e extensão dos danos causados, colocando, à disposição da Seguradora, os seguintes documentos, sem prejuízo de outros previstos neste contrato e/ou na legislação de seguros em vigor:

- a) Cópia integral da reclamação ou ação judicial (para entender o contexto da demanda contra o segurado);
- b) Troca de e-mails e comunicações anteriores entre as partes (para verificar eventuais tratativas prévias ao sinistro);
- c) Declaração detalhada do segurado sobre o ocorrido (para entender a versão dos fatos e medidas adotadas);
- d) Data do primeiro conhecimento do fato gerador do sinistro (para verificar a temporalidade da cobertura)
- e) Documentação que comprove a relação entre segurado e reclamante (para evidenciar a vinculação contratual ou profissional);
- f) Provas da execução do serviço prestado (para demonstrar se o serviço foi executado corretamente);
- g) Comprovantes de pagamento e faturamento (para verificar a remuneração recebida pelo segurado e se há impacto no sinistro);

- h) Relatórios internos, pareceres técnicos ou auditorias (para identificar eventuais falhas e medidas adotadas);
- i) Notificações de órgãos reguladores e/ou disciplinares (para verificar se há envolvimento de autoridades fiscalizadoras);
- j) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- k) Comprovação de habilitação profissional (CRM ou CRO);
- l) Termos de acordo ou propostas de negociação (para entender eventuais tentativas de solução antes da judicialização);
- m) Declaração confirmando inexistência de outros seguros (para evitar dupla cobertura indevida);
- n) Proposta de honorários advocatícios caso haja interesse em acionar a cobertura para custos de defesa (para prévia avaliação da seguradora).

22.2.1. HOSPITAIS E CLÍNICAS (ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE), além dos documentos relacionados no item 22.2.

22.2.1.1. Erros Assistenciais e Corpo Clínico

Prontuário integral;
Registros de enfermagem e equipes assistenciais;
Protocolos de atendimento adotados;
Registros de tempo de atendimento e triagem;
Relatórios de intercorrências hospitalares.

22.2.1.2. Acomodações e Infecção Hospitalar

Escala de Braden (lesões por pressão);
Escala de Morse (quedas hospitalares);
Relatório da CCIH (Portaria MS 2.616/98)
Protocolos de esterilização e higienização;
Culturas microbiológicas e uso de antibióticos;
Planos de controle de surtos infecciosos.

22.2.2. CLÍNICAS, CONSULTÓRIOS E DEMAIS ESTABELECIMENTOS, além dos documentos relacionados no item 22.2.

Prontuário completo com anamnese, diagnóstico e conduta;
Termos de consentimento de procedimentos;
Registros de procedimentos realizados;
Protocolos de segurança e controle de qualidade;
Certificação e registro profissional da equipe;
Contratos de prestação de serviços profissionais.

22.2.3. LABORATÓRIOS E EXAMES, além dos documentos relacionados no item 22.2.

Requisição do exame;
Laudo original e laudo de revisão (se houver);
Registros de controle de qualidade interno;
Calibração e manutenção de equipamentos;
Certificações e creditações laboratoriais;
Qualificação da equipe técnica.

22.3. Será configurado o aviso de sinistro, após a entrega de toda a documentação necessária e prevista nessas Condições Gerais.

22.4. A seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a existência ou não de cobertura, contado da data da configuração do aviso de sinistro, sob pena de aceitá-la tacitamente.

22.5. Após examinar os documentos necessários e previsto nessas Condições Gerais a Seguradora ou o regulador de sinistro poderão, no caso de dúvidas justificadas, solicitar documentos complementares que se façam necessários à regulação do sinistro.

22.5.1. Neste caso o prazo de 30 (trinta) dias, determinado para regulação do sinistro, será suspenso recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

22.5.2. O prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por no máximo 2 (duas) vezes, salvo nos sinistros relacionados a apólices em que a importância segurada não exceda o valor correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, quando somente poderá ser suspenso 1 (uma) vez.

22.6. É vedado ao segurado e ao beneficiário, SOB PENA DE PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO, promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro.

22.6.1. O descumprimento culposo implica obrigação de suportar as despesas acrescidas para a regulação e a liquidação do sinistro.

22.7. Correrão por conta da seguradora todas as despesas com a regulação e liquidação do sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos predeterminados para comunicação do sinistro e para prova da identificação e legitimidade do interessado, além de outros documentos ordinariamente em poder do interessado.

22.8. A execução dos procedimentos de regulação e liquidação de sinistro não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento do valor do seguro por parte da seguradora.

22.9. Se dentro do prazo previsto para regulação de sinistro, conforme especificado nos itens acima, a Seguradora concluir que a indenização não é devida ou é devida de forma parcial, comunicará formalmente o segurado de forma justificada, entregando-lhe os documentos produzidos ou obtidos durante a regulação que fundamentaram sua decisão.

22.9.1. A seguradora não está obrigada a entregar documentos e demais elementos probatórios que sejam considerados confidenciais ou sigilosos por Lei ou que possam causar danos a terceiros, salvo em razão de decisão judicial ou arbitral.

22.10. Cabe exclusivamente a seguradora a decisão sobre a cobertura do sinistro comunicado, sendo o regulador um prestador de serviços, que têm por objetivo identificar as causas e os efeitos do fato comunicado, bem como, quantificar o possível valor devido pela seguradora.

22.11. Para fins de liquidação do sinistro é obrigatória a apresentação de, no mínimo, os documentos relacionados no item 22.2, sem prejuízo de outros previstos neste contrato e/ou na legislação de seguros em vigor.

22.12. Uma vez confirmado o direito do segurado a garantia securitária, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias, contado a

partir da comunicação do aceite da cobertura e entrega de toda documentação requerida para liquidação do sinistro, para pagar a indenização em dinheiro ou realizar as operações necessárias para reparação ou reposição dos bens sinistrados.

22.12.1. Fica ajustado, porém, que na impossibilidade de reparação ou reposição dos bens sinistrados, à época da liquidação do sinistro, a indenização deverá ser paga em dinheiro.

22.13. A contagem do prazo de 30 (trinta) dias, para liquidação do sinistro, será suspensa a cada novo pedido de entrega de documentos e/ou informações complementares e reiniciada a partir do dia útil posterior àquele em que se der o completo atendimento das exigências requeridas.

22.13.1. A suspensão do prazo, poderá ocorrer por no máximo 2 (duas) vezes, salvo quando a importância segurada for menor ou igual a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, quando poderá ocorrer somente 1 (uma) vez.

22.14. A Seguradora indenizará o montante dos prejuízos regularmente apurados, até o limite máximo de indenização vigente na data da liquidação do sinistro, ou, quando aplicável, até o sublimite ou limite máximo de garantia da apólice, deduzindo-se, em qualquer uma dessas hipóteses, a franquia e/ou participação obrigatória do segurado, se houver

22.15. Se o pagamento não for efetuado pela Seguradora, no prazo previsto para liquidação de sinistro, além de configurada a responsabilidade da Seguradora, por perdas e danos desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos, os valores de indenização sujeitam-se a atualização monetária, juros moratórios e multa, de acordo com as disposições da cláusula ATUALIZAÇÃO DE VALORES, destas condições gerais.

22.16. Nos seguros contratados em moeda estrangeira, a conversão para moeda nacional ou conversão de moeda nacional para moeda estrangeira será feita tomando-se como referência a data do dia útil imediatamente anterior à data da efetiva indenização.

22.17. No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, será admitido pela Seguradora para fins de regulação e liquidação de sinistro, os documentos no idioma do país de origem das referidas despesas.

22.17.1. Caso seja necessária a tradução destes documentos, as despesas correspondentes ficarão a cargo exclusivo da Seguradora.

22.18. O pagamento de qualquer indenização, com base neste contrato, somente será efetuado após terem sido relatadas as circunstâncias do evento, apuradas as suas causas, comprovados os valores a indenizar e o direito de recebê-los, cabendo ao segurado, ou quem o representar, prestar toda a assistência para que isto seja concretizado.

22.19. Com respeito às reclamações envolvendo o segurado com outras pessoas físicas ou jurídicas não seguradas pela apólice, às partes contratantes, concordam em envidar seus melhores esforços para determinar a alocação justa e adequada das responsabilidades entre estes. Igual procedimento deverá ser adotado entre segurado e Seguradora, na hipótese de a reclamação envolver riscos cobertos e não cobertos por este seguro.

22.20. A seguradora poderá celebrar transação com os prejudicados, o que não implicará o reconhecimento de responsabilidade do segurado nem prejudicará aqueles a quem é imputada a responsabilidade.

22.20.1. O Segurado poderá solicitar a não celebração do acordo à Seguradora, que a seu único e exclusivo critério poderá

aceitar ou não tal situação. Em caso de não celebração, a pedido do segurado, a Seguradora somente responderá até o limite estabelecido no referido acordo.

23. APURAÇÃO DE VALORES PARA INDENIZAÇÃO

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

23.2. 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 indenização fixado para a apólice, de conformidade com o Limite agregado da mesma.

23.3. Para apuração dos valores de prejuízos e indenizações, de acordo com as demais condições deste seguro, serão adotados os seguintes critérios:

- a) o Segurado, sob hipótese alguma, não deverá admitir ou arcar com qualquer responsabilidade, no todo ou em parte, nem deverá incorrer em encargos ou despesas, sem o prévio consentimento por escrito da Seguradora;
- b) apurada a responsabilidade civil legal do Segurado por sentença judicial transitada em julgado, decisão arbitral final, ou acordo nos termos deste seguro, a Seguradora efetuará a indenização da reparação pecuniária que aquele tenha sido obrigado a pagar;
- c) todos os danos decorrentes de um mesmo fato gerador serão considerados como um único sinistro, qualquer que seja o número de reclamantes ou reclamações. Para os efeitos das indenizações amparadas por este contrato, será considerado como um único e mesmo sinistro todas as reclamações provenientes da mesma causa originária, prevalecendo às condições vigentes no momento da primeira notificação apresentada à Seguradora. Ocorrendo o término da vigência da cobertura, ou o esgotamento do limite contratado, cessará automaticamente a cobertura para os acontecimentos ocorridos posteriormente;
- d) em caso de Sinistro, se constar que os valores que serviram de base ao cálculo do prêmio foram inferiores aos contabilizados pelo Segurado, a indenização será paga na razão entre o prêmio pago e o devido;
- e) qualquer acordo judicial ou extrajudicial, com o terceiro prejudicado, seus beneficiários e herdeiros, só será reconhecido pela Seguradora se tiver sua prévia anuência. Na hipótese de recusa do Segurado em aceitar o acordo recomendado pela Seguradora e aceito pelo terceiro prejudicado, fica desde já acordado que a Seguradora não responderá por quaisquer quantias acima daquela pela qual seria o Sinistro liquidado por aquele acordo;

24. VISTORIA DE SINISTRO

24.1. 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. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

25.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro sobre os mesmos bens e contra os mesmos riscos, deverá comunicar sua intenção, previamente, por escrito, a todas as Seguradoras envolvidas, sob pena de perda de direito.

25.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes (não cumulativas e/ou em excesso) que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras

envolvidas obedecerá às seguintes disposições:

25.2.1. Será calculada a indenização individual da cobertura de cada apólice, considerando-se franquias, participações obrigatórias do segurado, limites máximos de indenização e, quando aplicável, os sublimites e os limites máximos de garantia.

25.2.2. Será definida a soma das indenizações individuais calculadas de acordo com o subitem anterior, observado que:

- a) quando a soma for igual ou inferior aos prejuízos indenizáveis, cada Seguradora envolvida participará com a sua respectiva indenização individual, assumindo o segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;
- b) quando a soma for maior que os prejuízos indenizáveis, cada Seguradora envolvida participará com percentual sobre tais prejuízos indenizáveis correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma estabelecida na forma deste subitem 24.2.2.

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

25.4. Salvo disposição em contrário, a Seguradora que tiver participado com a maior parte da indenização ficará encarregada de negociar os salvados e repassar a quota-parte, relativa ao produto desta negociação, às demais participantes.

26. TRANSFERÊNCIA DE APÓLICES

26.1. 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 a vigência do seguro na ocasião da contratação.

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

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

26.4. Na hipótese prevista no item anterior, a aplicação dos prazos adicionais ficará restrita a apresentação de reclamações de terceiros relativos aos danos ocorridos no período compreendido entre a data limite de retroatividade da nova apólice.

27. ALTERAÇÕES DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO OU COBERTURA DO SEGURO

27.1. Nos casos de alteração do limite máximo de indenização ou de alguma cobertura do seguro, serão adotados os seguintes critérios:

- a) será admitido, desde que previamente aprovado pela Seguradora, durante a vigência da apólice, com possibilidade de alteração do prêmio;
- b) as alterações serão aplicadas, apenas, aos Sinistros efetivamente ocorridos a partir da data de sua implementação, prevalecendo as condições anteriores para os Sinistros já ocorridos, sejam eles de conhecimento ou não do Segurado.

28. REDUÇÃO E REINTEGRAÇÃO DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

28.1. Ocorrido um Sinistro indenizado pela Seguradora, o Limite máximo de indenização previsto nesta Apólice será reduzido, subtraindo-se o valor de cada indenização paga de tal limite até que ele seja completamente consumido, não tendo o Segurado direito à restituição do prêmio correspondente a tal redução. Com a utilização total do Limite máximo de indenização, o seguro tornar-se-á sem efeito, ressalvada a necessidade de dedução dos prêmios vincendos.

28.2. Fica desde já entendido e acordado que o Limite máximo de indenização não está sujeito a qualquer tipo de ajuste ou correção e que não haverá, em nenhuma hipótese, reintegração do Limite máximo de indenização.

29. RESCISÃO E CANCELAMENTO

29.1. Este seguro ficará automaticamente cancelado, sem qualquer restituição de prêmio e emolumentos, quando:

- a. A indenização ou soma de indenizações pagas atingirem o Limite Máximo de Garantia ou a Importância Segurada, expressamente estabelecida na Especificação da Apólice;
- b. Não houver o pagamento do respectivo prêmio, nas circunstâncias descritas na Cláusula PAGAMENTO DO PRÊMIO, deste Contrato de Seguro;
- c. Ocorrer o agravamento intencional e relevante do risco, nas circunstâncias descritas na Cláusula PERDA DE DIREITO, deste Contrato de Seguro

29.2. A rescisão total ou parcial do contrato poderá ser realizada a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, mas sempre com a concordância recíproca.

29.2.1. Na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto, que se encontra na Cláusula PAGAMENTO DO PRÊMIO.

29.2.2. Se a rescisão for por iniciativa da Seguradora, esta reterá, além dos emolumentos, o prêmio correspondente à quantidade de dias em que vigoram a cobertura da apólice e/ou endosso, calculado na base “pro-rata-die”.

29.2.3 O valor a ser restituído ao Segurado deverá ser atualizado, nos exatos termos da ATUALIZAÇÃO DE VALORES, destas Condições Gerais.

30. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

30.1. Paga a Indenização, cujos recibos de quitação valerão como instrumento de cessão, a Seguradora ficará sub-rogada em todos os direitos e ações que competirem ao Segurado em razão de eventual processo de ressarcimento das quantias indenizadas por ela, obrigando-se o Segurado a facilitar os meios necessários ao exercício desta prerrogativa.

30.2. Qualquer quantia recuperada pela Seguradora, em excesso ao valor do pagamento efetuado por ela, deverá ser restituída ao Segurado, deduzido o custo proporcional suportado pela Seguradora para obter a referida recuperação.

30.3. Sob pena de responder pelos prejuízos a que der causa, o segurado é obrigado a colaborar no exercício dos direitos derivados da sub-rogação.

30.4. A sub-rogação não terá lugar quando o sinistro decorrer de culpa não grave de:

- a) cônjuge ou parentes até o segundo grau, consanguíneos ou por afinidade, do segurado ou do beneficiário;
- b) empregados ou pessoas sob a responsabilidade do segurado.

30.4.1. Quando o culpado pelo sinistro for garantido por seguro de responsabilidade civil, é admitido o exercício do direito excluído pelo item 30.4, contra a seguradora que o garantir.

30.5. A sub-rogação da seguradora não poderá implicar prejuízo ao direito remanescente do segurado ou do beneficiário contra terceiros.

30.6. É ineficaz qualquer ato do segurado que diminua ou extinga, em prejuízo do segurador, os direitos a que se refere esta cláusula.

31. FORO

31.1. Fica estabelecido que as questões judiciais entre Segurado e Seguradora serão dirimidas 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.

32. PRESCRIÇÃO

32.1. Os prazos prescricionais serão aqueles determinados pelo Código Civil Brasileiro.

33. DOCUMENTOS DO SEGURO

33.1. São documentos do presente seguro a proposta com seus anexos e, quando for o caso, o respectivo questionário e a ficha de informações.

33.2. 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 na cláusula “Alteração, aceitação e Renovação do Seguro”, destas Condições gerais.

33.3. 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.

34. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

34.1. Os valores das obrigações pecuniárias da Seguradora relativas a este contrato, sujeitam -se à atualização monetária e juros moratórios, calculados pela taxa SELIC, a partir da data em que se tornarem exigíveis, nos termos destas condições gerais, de acordo com as seguintes regras:

34.1.1. Atualização das devoluções de prêmios em caso de:

Nº Proposta: 15.738.837 - Nº Apólice/Endosso: 1.780.073.510 / 0

- a) recusa de proposta recepcionada com adiantamento de valor para cobertura provisória: os valores serão exigíveis a partir da data do recebimento do prêmio.
- b) cancelamento do contrato, por iniciativa da seguradora: os valores serão exigíveis a partir da data do efetivo cancelamento.
- c) cancelamento do contrato, por iniciativa do segurado: os valores serão exigíveis a partir da data do recebimento da solicitação de cancelamento.
- d) recebimento indevido de prêmio: os valores serão exigíveis a partir da data do recebimento do prêmio.

34.2. Quando, do não cumprimento do prazo de pagamento da indenização de sinistro, os valores serão exigíveis a partir da data de ocorrência do sinistro, incluindo a multa de 2% (dois por cento).

34.3. Quando a indenização for paga sob a forma de reembolso de despesas, os valores serão exigíveis a partir da data do efetivo dispêndio pelo segurado.

34.4. A atualização de que trata este Capítulo 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.

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

34.6. Caso a SELIC venha a ser extinta, a Seguradora adotará a taxa que o Governo venha a criar em substituição.

34.7. Não obstante ao acima exposto, as partes poderão estabelecer outros índices admitidos pela legislação vigente, desde que expressamente ratificados na apólice.

34.8. A atualização monetária e juros moratórios das obrigações pecuniárias da Seguradora para os seguros contratados em moeda estrangeira, serão aplicadas quando tais obrigações forem liquidadas em moeda nacional ou estrangeira.

Proposta Responsabilidade Civil Profissional Instituições de Saúde

Processo SUSEP - 15414.000702 / 2008-64

Seguro garantido pela: Chubb Seguros Brasil S.A - CNPJ - 03.502.099/0001-18

Informações da Proposta

Proposta: 15.738.837 v.1

Segurado: ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E INFANCIA UBAIRA**CPF/CNPJ:** 14284483001180**Endereço:** Rua Renato Nunes Ribas, 731, HOSPITAL, Centro - Pinhais - PR - CEP: 83323390**Corretor:** SAFETY LIFE CORRETORA DE SEGUROS LTDA ME**Código SUSEP:** 00000202050605

Tipo de Seguro	Início de Vigência	Fim de Vigência	Data Cotação
Proposta para Apólice: Nova	23/01/2026	23/01/2027	22/01/2026
Responsável	Código Interno		
CAIO QUEIROZ	00000202050605		
Renovação Grupo Chubb	Num. Apólice	Data da Retroatividade	
Não		23/01/2026	

Prezado (a) Sr (a),

Em atenção à sua solicitação, apresentamos nossa Proposta com as condições técnicas e comerciais para a contratação/renovação do seguro em referência.

Atividade Profissional

- Outras Clínicas de Consulta - sem cirurgia e sem emergência,
- Outras clínicas de consulta com cirurgias de pequeno porte e day clinic,
- Clínica de urgência e emergência.

1) Objeto do Seguro

O objeto do presente seguro é o pagamento, a título de indenização securitária pela Seguradora ao terceiro beneficiário, por danos causados pela prestação de serviços profissionais médicos pelos quais o Segurado seja responsabilizado civilmente nos termos da Apólice, das coberturas contratadas e especificadas na Apólice, observadas as exclusões e limitações expressamente previstas na Apólice.

2) Período de Retroatividade

Limitada a data de início de vigência da Apólice

3) Locais de Risco

Item 01: Rua Renato Nunes Ribas, 731, HOSPITAL, Centro, Pinhais, 83323390, PR

Item 02: Rua Quinze de Outubro, 190, HOSPITAL, Centro, Pinhais, 83323040, PR

4) Limites Máximos de Indenização e Participação Obrigatória do Segurado/ Franquias

Opção 1

Limite Máximo de Garantia (LMG)	Prêmio Total - R\$	POS/Franquia (Deduzidas dos Prejuízos Indenizáveis) - R\$
R\$ 3.000.000,00	R\$ 12.903,00	10,00% dos prejuízos indenizáveis, com mínimo de R\$ 10.000,00.

5) Abrangência da Indenização e Coberturas**Abrangência da Indenização**

Condenações pecuniárias provenientes de sentenças judiciais transitadas em julgado ou decisões arbitrais finais proferidas contra o Segurado

Acordos judiciais ou extrajudiciais negociados com o consentimento prévio e por escrito da Seguradora

Custos de Defesa referentes a reclamações cobertas

Contenção de sinistros e salvamento



Coberturas	Limite Máximo de Garantia (LMG) R\$
Processos judiciais civis e/ou procedimentos administrativos propostos por terceiros em face do Segurado visando responsabilizá-lo civilmente por danos materiais e/ou danos estéticos e/ou danos morais e/ou danos corporais	100,00%
Custos de defesa, exclusivamente destinados ao processo de defesa do Segurado, desde que decorrentes de um fato gerador do Processo Judiciais	100,00%
A Seguradora responderá também, pelos custos de defesa na esfera disciplinar, em defesas e explicações perante os respectivos conselhos, desde que relacionada a um risco coberto por este mesmo Seguro	100,00%
A Seguradora responderá também, pelos custos de defesa na esfera criminal, exclusivamente por atos médicos incidentais causados a terceiros e cobertos pela presente	100,00%
A Seguradora responderá também, pelas despesas incorridas com contenção de sinistro e salvamento, devidamente comprovadas, ou, na ausência de comprovantes, confirmadas por vistoria, avaliação ou perícia técnica da Seguradora	100,00%

Observações

Declaro, como Corretor nesta contratação, que, na forma da legislação vigente, dei cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, § 1º, da referida Resolução.

Todos os dados pessoais coletados por esta Seguradora serão tratados de acordo com a legislação aplicável em vigor, inclusive com base na Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018). Os dados pessoais serão processados apenas para o cumprimento das finalidades aqui dispostas. De forma a assegurar a transparência das atividades da Seguradora, as informações sobre o tratamento dos dados pessoais pela Seguradora e os direitos disponíveis aos titulares podem ser acessados na Política de Privacidade disponível no website da Seguradora, através do link <https://www.chubb.com/br-pt/footer/politica-de-privacidade.aspx>. Se, por qualquer motivo, não for possível a consulta ao conteúdo do documento através do website, a Política de Privacidade pode ser disponibilizada por outro meio, desde que solicitado através do [encarregadoprotecaodados.Brasil@Chubb.com].

Informações de Pagamento

Plano	Valor da Primeira Parcela	Valor das Demais Parcelas	Valor Total a Pagar
1 + 4 Carnê	2.580,60	2.580,60	12.903,00

Demonstrativo do Prêmio	(R\$)
Prêmio Líquido	12.016,21
Desconto	0,00
Juros	0,00
IOF	886,80
Prêmio total	12.903,00

Em atendimento à Lei 12.741/12 informamos que incidem as alíquotas de 0,65% de PIS/Pasep e de 4% de COFINS sobre os prêmios de seguros, deduzidos do estabelecido em legislação específica.

6) Principais Riscos Excluídos

Reclamações baseadas em, resultantes de ou como consequência de qualquer ato ou fato relacionado a prestação de serviços médicos que não sejam realizadas por profissionais da área médica, com especialidades devidamente reconhecidas pelo conselho federal de medicina (CFM), associação médica brasileira (AMB) e comissão nacional de residência médica (CNRM);

Reclamações baseadas em, resultantes de ou como consequência de qualquer ato ou fato relacionado a prestação de serviços médicos quando o segurado figurar na ação como operadora de plano de saúde;

Estão excluídas da presente apólice reclamações decorrentes de cirurgias plásticas estéticas;

Estão excluídas da presente apólice reclamações decorrentes de procedimentos estéticos que envolvam toxina botulínica;

A prestação de serviços médicos quando o segurado figurar na ação como Operadora de Plano de Saúde;



Estão excluídas reclamações por fatos já conhecidos pelo Segurado, bem como reclamações em andamento e/ou em processo de regulação de sinistro.

7) Base de Contratação

Seguro à base de Reclamações com Notificação;

Retroatividade a partir: Limitada a data de início de vigência da Apólice;

8) Âmbito de Cobertura

Reclamações iniciadas no território brasileiro

9) Prazo Complementar e Suplementar

Prazo Complementar

O Segurado terá direito a um Prazo Complementar de 12 Meses, sem cobrança de Prêmio adicional, para apresentar Reclamações à Seguradora;

Prazo Suplementar

Exclusivamente durante a vigência do prazo complementar, e somente por uma única vez, o Segurado terá direito à contratação do prazo suplementar, imediatamente subsequente ao prazo complementar, para apresentação de reclamações de terceiros, mediante a pagamento de Prêmio adicional.

Período adicional de 01 ano, a contar do término do Prazo Complementar, para apresentar reclamações à Seguradora mediante o pagamento de prêmio adicional correspondente a 100.00% do prêmio anual da apólice.

10) Jurisdição

Legislação e Jurisdição brasileiras

11) Condicionantes para Concretização da Proposta Indicativa (*)

Recebimento, análise e aceitação do questionário CHUBB RC Profissional para Hospitais, Clínicas, Laboratórios de Demais Prestadoras de Serviços Médicos devidamente preenchido, datado e assinado a não mais que 15 dias antes da data de emissão da apólice;

(*) A homologação das condições expostas nesta Proposta indicativa está sujeita ao cumprimento das condicionantes acima.

12) Condições Técnicas

Para este seguro, aplicam-se as condições abaixo ratificadas e inseridas no Processo SUSEP nº 15414.000702/2008-64:

- Condições Gerais Responsabilidade Civil Profissional CHUBB MEDMAL - RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL PARA HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS E DEMAIS PRESTADORAS DE SERVIÇOS MEDICOS.

13) Cláusulas Específicas

CLÁUSULA ESPECÍFICA DE EXCLUSÃO DE CORONAVÍRUS

1. Fica entendido e acordado que, em aditamento à cláusula de exclusões / riscos não cobertos das condições gerais da apólice, a Seguradora não se responsabilizará por qualquer reclamação, direta ou indiretamente, causada por ou decorrente de, ou de qualquer outra forma, atribuível ou relacionada à, ou envolvendo ou em conexão, com qualquer doença transmissível.
2. Para fins desta cláusula específica, doença transmissível significa:
 - a) coronavírus e qualquer cepa de coronavírus ou suas sequelas;
 - b) pneumonia atípica ou qualquer estirpe desta.
3. Permanecem em vigor as condições contratuais deste seguro que não tenham sido expressamente alteradas ou revogadas por esta cláusula específica.

CLÁUSULA ESPECÍFICA DE SANÇÕES E EMBARGOS:

- a) A cobertura securitária prevista na presente Apólice não terá efeito na medida em que sanções comerciais ou econômicas ou outras leis, regulamentações, restrições ou sanções impostas pelo Escritório de Controle de Ativos Estrangeiros do Departamento do Tesouro dos EUA (*Office of Foreign Assets Control of the US Department of the Treasury* - "OFAC") e/ou pela Organização das Nações Unidas ("ONU") e/ou pelo Reino Unido e/ou pela União Europeia proibam a Seguradora de concedê-la, incluindo, mas não se limitando, ao pagamento de indenizações.
 - a.1) A exclusão indicada na Cláusula A acima abrange também a lista de cidadãos nacionais especialmente designados e pessoas impedidas de transacionar com Estados Unidos da América ("EUA") e seus Territórios, feita pelo Escritório de Controle de Ativos Estrangeiros do Departamento do Tesouro dos EUA (*Specially Designated Nationals And Blocked Persons List* - "SDN").



b) Para efeito das exclusões descritas nas Cláusulas A e A.1 acima, a sanção, regulamentação, lei, restrição ou inclusão na lista SDN, deverá estar caracterizada no momento do Sinistro.

b.1) Caso o Fato Gerador de eventual Sinistro seja anterior a uma sanção, regulamentação, lei, inclusão na lista de embargos, ou restrição imposta pelo Escritório de Controle de Ativos Estrangeiros do Departamento do Tesouro dos EUA (OFAC) e/ou pela ONU e/ou pelo Reino Unido e/ou União Europeia; e que, embora tal Sinistro esteja amparado por esta Apólice, mas ainda não tenha sido completamente liquidado, a cobertura securitária e consequentemente a indenização devida, ficarão suspensas, sem quaisquer pagamentos e/ou reembolso de despesas, até que tal sanção, regulamentação, lei, ou restrição seja extinta, ou, no caso de o Segurado e/ou Beneficiário constarem na lista de cidadãos nacionais especialmente designados e pessoas proibidas de transacionar com os EUA (lista SDN), e/ou em quaisquer outras listas de bloqueios/sanções feitas pelos EUA ou pela ONU ou pelo Reino Unido e/ou pela União Europeia, até que o Segurado e/ou Beneficiário não conste(m) mais em tal(is) lista(s).

c) O Segurado poderá consultar a lista de embargos e sanções OFAC por meio do sítio eletrônico oficial do Departamento do Tesouro dos EUA: <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>. Caso o Segurado tenha quaisquer dúvidas ou necessidade de entendimento com relação às exclusões acima, o mesmo poderá entrar em contato com os telefones de Central de Atendimento e SAC da Seguradora, constantes da Apólice.

CLÁUSULA PARTICULAR PARA DESPESAS DE CONTENÇÃO E SALVAMENTO DE SINISTROS

Informamos que a Chubb Seguros está se adequando às novas regras estipuladas pela nova Lei de Seguros nº 15.040/24, que entrará em vigor a partir de 11 de dezembro de 2025. Em conformidade com essas determinações, será considerado um limite de R\$ 50.000,00 para despesas com contenção e salvamento de sinistros em todas as emissões de apólices com início de vigência a partir de 11 de dezembro de 2025.

De acordo com o artigo 67 da referida Lei, as despesas de contenção e salvamento de sinistros devem ser pactuadas na emissão da apólice, sem prejuízo à garantia do seguro.

CLÁUSULA PARTICULAR PARA COBERTURA ADICIONAL DE CUSTOS DE DEFESA

Informamos que a Chubb Seguros está se adequando às novas regras estipuladas pela Lei de Seguros nº 15.040/24, que entrará em vigor a partir de 11 de dezembro de 2025. Em razão disso, os custos de defesa apresentados nas cotações como sublimites da cobertura básica serão desconsiderados passando a ser uma única cobertura adicional, com Limite Máximo de Indenização (LMI) de R\$ 25.000,00 e prêmio de R\$ 100,00 que será somado ao Limite Máximo de Garantia da Apólice (LMG).

Conforme dispõe o artigo 98 da referida Lei, a cobertura de Custos de Defesa deverá ser contratada com limite específico e diverso. Dessa forma, esta cotação já contemplará tal alteração nas emissões de apólices para riscos com início de vigência a partir de 11 de dezembro de 2025

Permanecem excluídos:

Reclamações Decorrentes de Atos de Gestão.

Ratificam-se as Condições Gerais da apólice que não tenham sido alteradas por esta Cláusula Especial.

14) Cláusulas Particulares

15) Questionário

Número de Médicos	De 41 até 100
Número de pacientes anual	Até 10.000
Categoria da Instituição	Privada
Faturamento Anual (R\$)	Até R\$ 37.500.000,00
Proponente/Segurado fornece qualquer serviço de Cirurgia Plástica?	Não
Proponente/Segurado possui prontuário de seus pacientes?	Não
Proponente/Segurado fornece serviço estético invasivo?	Não
Existem reclamações contra o proponente por danos causados pela prestação de seus serviços?	Não
O proponente tem conhecimento de algum fato ou circunstância que possam resultar/gerar reivindicações ou reclamações, em decorrência de serviços profissionais prestados?	Não
A proponente alguma vez pagou por uma reclamação com fundos próprios?	Não

16) Endereço de Correspondência

Endereço:	Rua Renato Nunes Ribas, 731	Complemento:	HOSPITAL
Bairro:	Centro	CEP:	83323390
Cidade:	Pinhais	UF:	PR
Email:	safety\corretora@gmail\com	Telefone:	71 99331-5136

17) Observações Importantes

1. O prazo de validade desta proposta é de 25 dias, contados a partir da data de sua emissão;

2. Este seguro é regido pelas condições contratuais ratificadas nesta proposta;



3. A aceitação da proposta de seguro está sujeita a análise do risco por parte da Seguradora, dentro do prazo de 25 (vinte e cinco) dias contados da data de seu recebimento, cuja contagem será suspensa a cada novo pedido ao proponente, seu representante ou corretor de seguros, para a entrega de documentos e/ou informações complementares, justificadamente indispensáveis à análise da proposta de seguro e/ou taxação do risco, voltando o prazo a correr a partir da data da entrega em que se der o completo atendimento das exigências formuladas. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, dentro do prazo de 25 (vinte e cinco) dias, caracterizará a aceitação tácita do seguro. Em caso de não aceitação da proposta de seguro, a Seguradora comunicará o fato, por escrito, ao proponente, a seu representante ou corretor de seguros, especificando os motivos da recusa. Esclarecemos, ainda, que para seguros de danos com vigência igual ou superior a 12 (doze) meses, cuja proposta tenha sido recepcionada pela Seguradora com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, e, desde que não tenha sido necessária a colocação de cobertura facultativa de resseguro, será concedida cobertura por mais 02 (dois) dias úteis contados a partir da data em que o proponente, seu representante ou corretor de seguros tiver conhecimento formal da recusa.

4. A proposta de seguro deve estar acompanhada de questionário devidamente preenchido e assinado pelo proponente e/ou dos demais documentos porventura solicitados durante o processo de cotação;

5. A ratificação dos termos e condições apresentadas está condicionada a confirmação das informações que serviram de base para a sua conclusão. Constatando-se divergências e/ou omissões, as condições poderão ser alteradas ou canceladas;

6. Caso ocorra ou se tenha conhecimento de qualquer reclamação previamente ao início de vigência da apólice que influencie as condições de precificação do risco, a Seguradora se reserva o direito de rever e/ou modificar as condições aqui apresentadas;

7. A Seguradora, sem prejuízo dos demais termos das condições contratuais do presente seguro, se reserva o direito de proceder antes da aceitação do risco e/ou durante a vigência do contrato, inspeções dos bens segurados e de investigar as circunstâncias relativas aos mesmos, obrigando-se, o segurado a facilitar à Seguradora ou aos seus representantes, a execução dessas medidas, fornecendo-lhe as provas e esclarecimentos razoavelmente solicitados;

8. A realização da inspeção de risco não implica, por si só, em qualquer espécie de anuência com qualquer fato ou circunstância que não seja expressamente comunicada à seguradora, pelo segurado;

9. Esta proposta perderá automaticamente a validade caso o proponente e/ou corretor de seguros não comunicar antecipadamente esta Seguradora nas situações abaixo:

a) não informar que o objeto do seguro se trata de licitação e/ou concorrência pública;

b) existência de outros seguros vigentes amparando os mesmos riscos, bens e garantias objetos desta proposta, seja como apólice concorrente ou em excesso.

10. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP;

11. O proponente poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da Seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br;

12. As condições contratuais deste produto protocolizadas pela Chubb Seguros Brasil S.A. junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o(s) número(s) de processo(s) constante(s) nesta proposta. Se preferir, poderá também consultá-las em nosso site e/ou solicitá-las através dos nossos canais de atendimento. Processo SUSEP nº. 15414.000702/2008-64;

13. A Ouvidoria é um canal de comunicação, imparcial e independente, que as Companhias do Grupo Chubb disponibilizam para seus clientes e colaboradores. É dever desta área atuar de acordo com as normas relativas aos direitos dos consumidores e a mediar, esclarecer, prevenir e/ou solucionar possíveis conflitos;

Este canal de comunicação só pode ser utilizado quando clientes não encontrarem uma solução satisfatória para suas reclamações, nos meios tradicionais de atendimento das Companhias (SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor; Fale Conosco; Sinistros, entre outros).

E-mail: ouvidoria@chubb.com

Telefone: 0800 722 5059 - De segunda-feira a sexta-feira, das 08h às 18h (exceto feriados).

Telefone para Pessoas com Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 724 5084 - De segunda-feira a sexta-feira, das 08h às 18h (exceto feriados).

Caixa Postal: 310 - Agência 72300019 - CEP 01031-970.

"Plataforma digital para registro de reclamações de mercados supervisionados pela SUSEP: www.consumidor.gov.br"

19. Disque fraude: 0800 770 8135 ou denuncia@chubb.com. Se você conhece ou suspeita de alguma fraude aos seguros contratados junto à Chubb, denuncie. O canal é gratuito e sigiloso, dedicado a receber ligações de segunda-feira à sexta-feira das 08h às 18h (exceto feriados).

18) Termo de Acordo:

"Declaro que as informações fornecidas nesta Proposta de seguro estão corretas, e que estou ciente de que a veracidade das respostas prestadas neste documento são fundamentais e determinantes para a precificação e aceitação do risco. A inexistência e/ou omissão acarretam a perda de cobertura conforme o Art. 766 do Código Civil Brasileiro. Qualquer alteração a ser realizada nesta Proposta deve ser imediatamente comunicada à Seguradora. Declaro que li as condições contratuais em versão integral deste seguro e estou de acordo. Comprometo-me inclusive a comunicar por escrito à Seguradora se ocorrer qualquer alteração nas condições estabelecidas neste contrato".

No aguardo de seu pronunciamento, e esperando ter atendido sua solicitação, ficamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.



Atenciosamente,

Nome do Segurado
(carimbo e assinatura)

Data

Nome do Corretor
(carimbo e assinatura)

Data

São Paulo, 23 de Janeiro de 2026 - 19:46hs

