

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| CONDIÇÕES GERAIS | 3 |
| 1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES..... | 3 |
| 2. APRESENTAÇÃO | 3 |
| 3. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO | 3 |
| 4. DEFINIÇÕES | 4 |
| 5. OBJETO DO SEGURO..... | 9 |
| 6. ABRANGÊNCIA DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA..... | 9 |
| 7. RISCOS EXCLUÍDOS | 10 |
| 8. PRAZO COMPLEMENTAR E PRAZO SUPLEMENTAR PARA APRESENTAÇÃO DE RECLAMAÇÕES | 13 |
| 9. LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA DA APÓLICE | 14 |
| 10. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO POR COBERTURA CONTRATADA..... | 15 |
| 11. LIMITE AGREGADO..... | 15 |
| 12. FRANQUIA / PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO..... | 16 |
| 13. ÂMBITO DE COBERTURA | 16 |
| 14. ACEITAÇÃO, ALTERAÇÃO E RENOVAÇÃO DO SEGURO | 16 |
| 15. INSPEÇÃO | 19 |
| 16. VIGÊNCIA DO SEGURO | 19 |
| 17. PAGAMENTO DO PRÊMIO..... | 19 |
| 18. ALTERAÇÕES | 21 |
| 19. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO | 22 |
| 20. PERDA DE DIREITO | 23 |
| 21. COMUNICAÇÃO E NOTIFICAÇÕES..... | 24 |
| 22. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS..... | 25 |
| 23. APURAÇÃO DE VALORES PARA INDENIZAÇÃO | 28 |
| 24. VISTORIA DE SINISTRO | 29 |
| 25. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE | 29 |
| 26. TRANSFERÊNCIA DE APÓLICES | 29 |
| 27. ALTERAÇÕES DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO OU COBERTURA DO SEGURO..... | 30 |
| 28. REDUÇÃO E REINTEGRAÇÃO DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO..... | 30 |
| 29. RESCISÃO E CANCELAMENTO | 30 |
| 30. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS | 31 |
| 31. FORO | 31 |

HOSPITAIS E CLÍNICAS

| | |
|---|----|
| 32. PRESCRIÇÃO | 32 |
| 33. DOCUMENTOS DO SEGURO | 32 |
| 34. ATUALIZAÇÃO DE VALORES | 32 |
| CONDIÇÕES PARTICULARES | 34 |
| COBERTURA ADICIONAL DE CUSTOS DE DEFESA | 34 |
| COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DE CONTENÇÃO E SALVAMENTO DE SINISTRO | 36 |
| CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE RECLAMAÇÕES DECORRENTES DO USO DE SANGUE E DERIVADOS | 38 |
| CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE RECLAMAÇÕES DECORRENTES DA REMOÇÃO DE PACIENTES EM AMBULÂNCIAS E/OU AERONAVES | 39 |
| CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE RECLAMAÇÕES DECORRENTES DO TRATAMENTO DOMICILIAR | 40 |
| CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE USO E CONSERVAÇÃO DO(S) IMÓVEL(EIS) | 41 |
| CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE RECLAMAÇÕES APRESENTADAS POR TERCEIROS A PROFISSIONAIS NÃO EMPREGADOS | 42 |
| CLAUSULA ESPECÍFICA DE COSSEGURO | 43 |
| CLÁUSULA ESPECÍFICA DE EXCLUSÃO DE COBERTURA PARA PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS QUE ENVOLVAM TOXINA BOTULÍNICA | 44 |
| CLÁUSULA ESPECÍFICA DE EXCLUSÃO DE CORONAVÍRUS | 45 |
| CLÁUSULA ESPECÍFICA DE EXCLUSÃO DE INSOLVÊNCIA | 46 |
| CLÁUSULA ESPECÍFICA DE SANÇÕES E EMBARGOS | 47 |

HOSPITAIS E CLÍNICAS

Informamos que, em razão da entrada em vigor da nova Lei de Seguros nº 15.040/2024, as cláusulas e condições aqui dispostas somente terão validade quando o início de vigência do risco for a partir de 11/12/2025.

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

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES, COM NOTIFICAÇÕES

CONDIÇÕES GERAIS

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 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.

HOSPITAIS E CLÍNICAS

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.

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: são todos os emolumentos, honorários advocatícios, arbitrais e 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, hematomas e queimaduras.

HOSPITAIS E CLÍNICAS

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

HOSPITAIS E CLÍNICAS

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 comunicando.

LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA DA APÓLICE (LMG): 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 POR COBERTURA CONTRATADA (LMI): valor máximo de responsabilidade assumido pela Seguradora, por cobertura, relativo à reclamação, ou série de reclamações decorrentes do mesmo fato gerador. Os limites máximos de indenização estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicando.

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. 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.

HOSPITAIS E CLÍNICAS

- 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 emanações havidas na produção, transporte, utilização ou neutralização de materiais fisséis e seus resíduos, e quaisquer fatos geradores

HOSPITAIS E CLÍNICAS

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

HOSPITAIS E CLÍNICAS

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:

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 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

HOSPITAIS E CLÍNICAS

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 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 àquela 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;

HOSPITAIS E CLÍNICAS

- 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 apresentação da proposta e, 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

HOSPITAIS E CLÍNICAS

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 taxaço 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.

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 taxaço do risco, devendo o proponente prestar toda a assistência para que isto seja concretizado.

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

14.8. 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.

14.9. 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.

14.10. 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.

14.11. 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

HOSPITAIS E CLÍNICAS

Seguradora responderá por qualquer sinistro que venha a ocorrer durante o período de aceitação da proposta.

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

14.13. Emitida a Apólice, o então, “Proponente” passa a denominar-se “Segurado”.

14.14. Fará prova deste seguro a exibição da Apólice, e, na falta desta, a apresentação de documento comprobatório do 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

14.19. 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.

HOSPITAIS E CLÍNICAS

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 |
| 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 obriga 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.

20.2.1. 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. Deixar de comunicar a seguradora relevante agravamento do risco, tão logo dele tome conhecimento;

20.3.1. 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.

20.3.2. 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;

20.3.2.1. 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.

20.3.2.2. 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.

20.3.3. 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 culposo 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.

HOSPITAIS E CLÍNICAS

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 começando 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.

HOSPITAIS E CLÍNICAS

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

HOSPITAIS E CLÍNICAS

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

HOSPITAIS E CLÍNICAS

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

HOSPITAIS E CLÍNICAS

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.

29.2.4. Para fins de restituição do prêmio, é facultado à Seguradora o direito de solicitar ao segurado, a entrega de cópia dos documentos relacionados para a liquidação de sinistros, na cláusula Regulação e Liquidação de Sinistros, 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:

- 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.

HOSPITAIS E CLÍNICAS

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.

CONDIÇÕES PARTICULARES**COBERTURA ADICIONAL DE CUSTOS DE DEFESA**

1. Pago prêmio adicional correspondente, fica estabelecido que este seguro também abrangerá, até o Limite Máximo de Indenização (LMI) especificado na apólice, o pagamento e/ou reembolso dos Custos de Defesa do Segurado.
2. Os Custos de Defesa consistem em custos, custas judiciais, encargos, honorários (advocatícios, 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.
3. Na hipótese de ser iniciado um processo ou procedimento, administrativo, arbitral, judicial ou extrajudicial, contra o segurado, vinculado a riscos cobertos por este contrato, competirá a ele dar imediato conhecimento do fato à Seguradora. Sem prejuízo dos documentos estabelecidos na cláusula Regulação e Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, o Segurado deverá remeter cópia da notificação, petição, intimação, citação, ou de qualquer outro documento recebido, sob pena de responder pelos prejuízos que der causa.
4. Em tais casos, o segurado (ou quem o representar) ficará obrigado a constituir, para a defesa de seus direitos, procurador ou advogado, exceto nos casos em que a lei dispensar tal nomeação.
5. O segurado será responsável por todas as ações pertinentes a sua defesa, e não poderá adotar qualquer medida que prejudique a posição da Seguradora.
6. A Seguradora não será obrigada a integrar o polo passivo das reclamações feitas contra o segurado, mas, poderá, por sua opção e custas, se associar a ele, na qualidade de assistente, para fins de defesa, investigação, negociação ou acordo.
7. É vedado ao segurado transigir, pagar ou adotar outras providências e\ou responsabilidades que possam influir no resultado das negociações ou litígios, bem como reconhecer sua responsabilidade ou confessar fatos, salvo se houver anuência prévia e expressa da Seguradora.
8. O pagamento dos honorários advocatícios e periciais, bem como do(s) árbitro(s) nomeado(s), fica condicionado ao envio, análise prévia e validação da Seguradora do contrato de prestação de serviços ou documento equivalente, **SOB PENA DE PERDA AO DIREITO DE INDENIZAÇÃO.**
- 8.1. O segurado escolherá livremente o advogado e os peritos para a sua defesa, bem como o(s) árbitro(s), porém, a fixação dos honorários deverá ser feita em consonância com os valores usualmente praticados no mercado.
9. A Seguradora adiantará os custos de defesa ao segurado, antes da sentença judicial transitada em julgado, desde que solicitadas formalmente pelo segurado, na medida e nas condições em que se tornem exigíveis.
- 9.1. A concessão de adiantamentos não significa nem poderá ser invocada como reconhecimento formal ou implícito da existência de cobertura.
- 9.2. O segurado e/ou Tomador se obriga a devolver à Seguradora, corrigidos monetariamente, qualquer

HOSPITAIS E CLÍNICAS

adiantamento feito se, posteriormente, for verificada a inexistência de cobertura relativa à reclamação. Além disso, o segurado deverá reembolsar a Seguradora, o valor relativo ao depósito recursal, fiança ou prêmio de um seguro garantia que porventura ela tenha pago.

9.3. O valor do pagamento total com os custos de defesa será efetuado somente após o trânsito em julgado. Para demanda extrajudicial, o pagamento total será realizado somente após o recebimento pela Seguradora, dos comprovantes da prestação de serviços e do efetivo pagamento.

10. O pagamento das Indenizações das Cláusulas Específicas, que contemplem despesas com custos de defesa, somente será devido mediante a contratação da presente Cobertura Adicional.

11. Fica acordado que qualquer valor pago a título de custos de defesa, relacionado as Cláusulas Específicas, será deduzido do Limite Máximo de Indenização (LMI) estabelecido para esta Cobertura Adicional.

12. Poderá ser aplicada Franquia e/ou Participação Obrigatória do Segurado, para esta cobertura, conforme especificado na apólice.

13. Não integram os custos de defesa:

a) os valores de natureza contábil, fiscal, tributária, previdenciária e trabalhista;

b) as despesas incorridas pelo departamento jurídico interno do segurado;

14. Permanecem em vigor as condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alteradas ou revogadas por estas condições particulares.

HOSPITAIS E CLÍNICAS

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DE CONTENÇÃO E SALVAMENTO DE SINISTRO

1. Pago prêmio adicional correspondente, fica estabelecido que este seguro também abrangerá, até o Limite Máximo de Indenização (LMI) especificado na apólice, o pagamento as quantias despendidas pelo segurado com as despesas de contenção e salvamento de sinistro.
2. Ao contrário do que possa constar das condições gerais e especiais ou cláusula específica deste seguro, fica entendido e acordado que:
3. A Contenção e Salvamento de Sinistro Abrangem:
 - 3.1. contenção: medidas imediatas para evitar risco iminente e que seria coberto pelo 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;
 - 3.2. salvamento: 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.
4. Nos termos da legislação civil vigente, o segurado se obriga a avisar imediatamente a Seguradora ao constatar qualquer incidente ou perturbação na sua operação ou ao receber uma ordem de autoridade competente que possa gerar pagamento de despesa.
5. O segurado se obriga também a executar tudo o que for exigido pela Seguradora para limitar as despesas ao mínimo necessário e objetivamente adequado para evitar e/ou conter a ocorrência do sinistro coberto ou minorar seu volume e, ainda, para salvar o bem ou o interesse coberto.
6. As despesas de contenção e salvamento de sinistro, de acordo com as circunstâncias de cada ocorrência, podem ser efetivadas por outrem, que não o próprio segurado, inclusive por autoridade competente, ressaltando-se, porém que a obrigação da Seguradora será cumprida nos exatos termos destas condições gerais.
7. Realizado qualquer pagamento de indenização a título de despesa de contenção e salvamento de sinistro, a Seguradora ficará sub-rogada de todos os direitos pertinentes, sem exceção, não prevalecendo sobre esta cláusula qualquer tipo de desistência ou renúncia do direito de sub-rogação.
8. Se, apesar da execução das medidas de contenção de sinistro, ocorrer o sinistro coberto pela presente apólice, as despesas indenizadas pela Seguradora serão sempre deduzidas do limite Máximo de Indenização ou Limite Agregado da presente cobertura.
9. As disposições desta cláusula não alteram e não ampliam as coberturas objeto do presente contrato de seguro, aplicando-se apenas às despesas de contenção de sinistro e salvamento incorridas durante a vigência do seguro.
10. Não integram as despesas de Contenção e Salvamento de Sinistro:
 - a) despesas relativas a interesses não garantidos pela presente apólice de seguro;
 - b) despesas incorridas pelo segurado com a prevenção ordinária de sinistros, em relação aos bens, instalações e interesses segurados, inclusive incluindo, mas não se limitando a sua manutenção;
 - c) despesas com medidas inadequadas, inoportunas, desproporcionais ou injustificadas;

d) despesas relativas a danos ambientais, salvo se contratada a cobertura específica;

11. Poderá ser aplicada Franquia e/ou Participação Obrigatória do Segurado, para esta cobertura, conforme especificado na apólice.

12. Permanecem em vigor as condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alteradas ou revogadas por estas condições particulares.

HOSPITAIS E CLÍNICAS

**CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE RECLAMAÇÕES DECORRENTES
DO USO DE SANGUE E DERIVADOS**

Fica entendido e acordado que, tendo sido pago o correspondente prêmio, a presente apólice cobre as reclamações decorrentes do uso de sangue e derivados, ocorridos dentro do(s) local (is) de risco do segurado.

A presente cobertura será válida, mediante a manutenção de um programa de avaliação, controle e prevenção de incidentes transfusionais, que pode ser feita pelo segurado ou por empresa especializada, devidamente constituída para este fim.

Entende-se como incidente transfusional como os agravos ocorridos durante ou após a transfusão sanguínea e a elas relacionados.

Assim sendo, fica excluído o subitem 7.27, da Cláusula Riscos excluídos, das condições gerais deste seguro.

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alteradas ou revogadas por esta cláusula específica.

HOSPITAIS E CLÍNICAS**CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE RECLAMAÇÕES DECORRENTES
DA REMOÇÃO DE PACIENTES EM AMBULÂNCIAS E/OU AERONAVES**

Fica entendido e acordado que, tendo sido pago o correspondente prêmio, a presente apólice cobre as reclamações decorrentes da remoção de pacientes.

A presente cobertura é válida somente nos casos que o transporte é realizado pelo próprio segurado ou empresa especializada, contratada para esta finalidade e nos casos que exista a presença de um profissional devidamente habilitado para o atendimento emergencial.

Em hipótese alguma haverá cobertura para danos decorrentes de acidentes com o veículo transportador.

Assim sendo, fica excluído subitem 7.35.2, da Cláusula Riscos excluídos,, das condições gerais deste seguro.

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alteradas ou revogadas por esta cláusula específica.

HOSPITAIS E CLÍNICAS

CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE RECLAMAÇÕES DECORRENTES DO TRATAMENTO DOMICILIAR

Fica entendido e acordado que, tendo sido pago o correspondente prêmio, a presente apólice cobre as reclamações decorrentes do tratamento Médico Domiciliar prestado pelo Segurado em locais outros que não os locais de risco especificados na apólice.

Considera-se como risco coberto, as reclamações decorrentes de atos Médicos praticados durante o tratamento, inclusive nos locais de terceiros, porém, **permanecendo excluídos**:

DANOS MATERIAIS DECORRENTES DA MONTAGEM E/OU DESMONTAGEM DO LOCAL ONDE SERÁ FEITO O TRATAMENTO.

A presente cobertura é válida somente nos casos que o dano tenha sido causado por profissional, quando devidamente comprovado, estava prestando serviço para o segurado.

Assim sendo, fica excluído o subitem 7.35.3, da Cláusula RISCOS EXCLUÍDOS, das condições gerais deste seguro.

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alteradas ou revogadas por esta cláusula específica.

HOSPITAIS E CLÍNICAS

CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE USO E CONSERVAÇÃO DO(S) IMÓVEL(EIS)

Fica entendido e acordado que, tendo sido pago o correspondente prêmio, a presente apólice cobre as reclamações de terceiros decorrentes dos eventos abaixo descritos:

- a) existência, o uso e/ou a conservação do(s) local(ais) ocupado(s) pelo Segurado, bem como do(s) estabelecimento(s) de ensino de propriedade do Segurado, devidamente especificado(s) nesta apólice;
- b) o fornecimento de comestíveis e bebidas para consumo nos restaurantes, bares e lanchonetes, escola e faculdade do hospital segurado;
- c) a atuação dos serviços de segurança próprios, por meio de pessoas armadas, animais e dispositivos mecânicos, elétricos e eletrônicos destinados a tal fim.

Assim sendo, fica excluído o subitem 7.35.1, da cláusula Riscos excluídos; das condições gerais deste seguro.

A presente cobertura é válida somente nos casos que o dano tenha sido causado por profissional, quando devidamente comprovado, estava prestando serviço para o segurado.

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alteradas ou revogadas por esta cláusula específica.

**CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE RECLAMAÇÕES APRESENTADAS
POR TERCEIROS A PROFISSIONAIS NÃO EMPREGADOS**

Fica entendido e acordado que a presente apólice cobre as reclamações apresentadas por terceiros por atos médicos incidentais causados por médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, nutricionistas e demais profissionais com similar graduação, que prestam serviços médicos para o segurado, que não tenham relação oficial de emprego conforme legislação trabalhista vigente.

Não obstante, considera-se como risco coberto, as reclamações decorrentes de Atos Médicos praticados durante o tratamento, inclusive nos locais de terceiros, incluindo danos materiais causados durante a montagem e/ou desmontagem do local onde será feito o tratamento.

A presente cobertura é válida somente nos casos que o dano tenha sido causado por profissional, quando devidamente comprovado, estava prestando serviço para o segurado.

Assim sendo, fica incluído na definição de segurado das condições gerais deste seguro, os respectivos profissionais descritos no parágrafo acima.

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alteradas ou revogadas por esta cláusula específica.

CLAUSULA ESPECÍFICA DE COSSEGURO

Esta cláusula específica somente poderá ser utilizada quando a apólice for emitida em Cosseguero, ficando acordado que:

- a) Não há solidariedade entre as cosseguradoras, discriminadas na apólice, arcando cada uma direta e individualmente a quota de responsabilidade que lhe couber, até a respectiva importância máxima de sua participação supramencionada, cujas “condições contratuais”, impressas, ficam valendo para todas elas;
- b) A Chubb Seguros Brasil S.A. passa a ser designada “Seguradora Líder”, tendo a seu cargo os serviços de coordenação do seguro em todas as suas fases, podendo representar as cosseguradoras ativa ou passivamente, nas arbitragens e nos processos judiciais.
- c) O segurado, assume o compromisso de dirigir à Chubb Seguros Brasil S.A. todas as comunicações a que estiver obrigado por força das condições contratuais da apólice, cabendo exclusivamente a este a responsabilidade, nos termos das referidas condições contratuais, pelo seu não cumprimento.

**CLÁUSULA ESPECÍFICA DE EXCLUSÃO DE COBERTURA PARA PROCEDIMENTOS
ESTÉTICOS QUE ENVOLVAM TOXINA BOTULÍNICA**

Fica entendido e acordado que a cláusula Riscos Excluídos passa a vigor acrescida do item 7.36, conforme redação abaixo:

**7.36. RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS QUE
ENVOLVAM TOXINA BOTULÍNICA.**

Todos os demais termos, condições e cláusulas desta apólice permanecem inalterados.

CLÁUSULA ESPECÍFICA DE EXCLUSÃO DE CORONAVÍRUS

1. Fica entendido e acordado que, em aditamento à cláusula de riscos excluídos 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 EXCLUSÃO DE INSOLVÊNCIA

1. Em aditamento à cláusula **RISCOS EXCLUÍDOS**; das condições gerais, fica entendido e acordado que a Seguradora não será responsável, em hipótese alguma, por qualquer reclamação direta ou indiretamente causada por ou decorrente de um evento de insolvência.
2. Para fins desta cláusula, evento de insolvência significa com respeito ao segurado, suas subsidiárias e/ou controladas:
 - a) liquidação, falência, insolvência, liquidação judicial, administração (voluntária ou não), liquidação administrativa, liquidação de qualquer tipo ou qualquer outro processo similar na jurisdição aplicável;
 - b) moratória ou qualquer procedimento similar na jurisdição aplicável;
 - c) quando um supervisor ou titular de uma posição semelhante em processos de insolvência em qualquer jurisdição for nomeado para administrar a totalidade ou parte dos ativos;
 - d) quando entrar em acordo com credores para pagamento de suas dívidas ou qualquer outro procedimento similar na jurisdição aplicável;
 - e) quando estarem insolventes, baseada nos seguintes critérios:
 - e.1) ser incapaz de pagar suas dívidas e obrigações no vencimento; e/ou
 - e.2) quando o valor de seus ativos for menor que seus passivos, considerando passivos contingentes e prospectivos; e/ou
 - e.3) quando for o caso, qualquer teste legal equivalente ou similar as alíneas anteriores (“e.1” e “e.2”) para determinar a insolvência na jurisdição aplicável.
3. Os termos e exclusões desta cláusula prevalecerão sobre quaisquer outros da apólice que dispuserem em contrário.
4. Permanecem em vigor as condições contratuais deste seguro que não tenham sido expressamente alteradas ou revogadas por esta cláusula.

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://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.