

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	3
1. DEFINIÇÕES	3
2. OBJETO DO SEGURO	8
3. ABRANGÊNCIA DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA.....	8
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	9
5. PRAZO COMPLEMENTAR E PRAZO SUPLEMENTAR PARA APRESENTAÇÃO DE RECLAMAÇÕES	12
6. LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA DA APÓLICE	14
7. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO POR COBERTURA CONTRATADA.....	14
8. LIMITE AGREGADO	14
9. FRANQUIA / PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO.....	15
10. ÂMBITO DE COBERTURA	15
11. ACEITAÇÃO / RECUSA	15
12. INSPEÇÃO	17
13. VIGÊNCIA DO SEGURO.....	17
14. RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	18
15. PAGAMENTO DO PRÊMIO	18
16. ALTERAÇÕES.....	20
17. HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	21
18. AVISO DE SINISTRO E NOTIFICAÇÕES.....	22
19. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO.....	23
20. INDENIZAÇÃO	24
21. VISTORIA DE SINISTRO.....	25
22. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE.....	25
23. TRANSFERÊNCIA DE APÓLICES.....	26
24. ALTERAÇÕES DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO OU COBERTURA DO SEGURO.....	26
25. REDUÇÃO E REINTEGRAÇÃO DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO	26

26. RESCISÃO E CANCELAMENTO	27
27. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS.....	27
28. FORO	27
29. CLÁUSULA ADICIONAL DE EXCLUSÃO PARA ATOS DE TERRORISMO.....	28
30. PRESCRIÇÃO	28
31. INFORMAÇÕES SUPLEMENTARES	28
32. DOCUMENTOS DO SEGURO	28
33. ATUALIZAÇÃO DE VALORES.....	28
CONDIÇÕES PARTICULARES.....	30
CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE RECLAMAÇÕES DECORRENTES DO USO DE SANGUE E DERIVADOS	30
CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE RECLAMAÇÕES DECORRENTES DA REMOÇÃO DE PACIENTES EM AMBULÂNCIAS E/OU AERONAVES.....	31
CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE RECLAMAÇÕES DECORRENTES DO TRATAMENTO DOMICILIAR.....	32
CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE USO E CONSERVAÇÃO DO(S) IMÓVEL(EIS)	33
CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE SEGURADOS TEMPORÁRIOS OU SUBSTITUTOS.....	34
CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DA PESSOA JURÍDICA PARA FINS DE FATURAMENTO	35
CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE DIRETOR MÉDICO E/OU CHEFE DE EQUIPE	36
CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE GERENCIAMENTO DE CRISES.....	37
CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE MÉDICOS DURANTE A RESIDÊNCIA MÉDICA	38
CLÁUSULA PARTICULAR DE EXCLUSÃO DE COBERTURA PARA PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS QUE ENVOLVAM TOXINA BOTULÍNICA	39
CLÁUSULA ESPECÍFICA DE EXCLUSÃO DE CORONAVÍRUS	40
CLÁUSULA ESPECÍFICA DE EXCLUSÃO DE INSOLVÊNCIA	41
CLÁUSULA ESPECÍFICA DE SANÇÕES E EMBARGOS.....	42

ATENÇÃO:

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

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

**SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL
PARA MÉDICOS, DENTISTAS, ENFERMEIROS, FISIOTERAPEUTAS,
NUTRICIONISTAS E PSICÓLOGOS
APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES, COM NOTIFICAÇÕES
(PROCESSO SUSEP Nº. 15414.000701/2008-10)**

CONDIÇÕES GERAIS

1. DEFINIÇÕES

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

APÓLICE À BASE DE 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** efetuada durante o período de vigência da apólice ou que seja efetuada durante o Prazo Complementar ou Prazo Suplementar, que o segurado é obrigado a fazer à Seguradora com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do sinistro.

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

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

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

CONDIÇÕES 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.

NÃO INTEGRAM AS DESPESAS DE CONTENÇÃO DE SINISTRO E SALVAMENTO:

- a) MEDIDAS RELACIONADAS COM MANUTENÇÃO PREVENTIVA, PREDITIVA E CORRETIVA, SEGURANÇA, CONSENTO, RENOVAÇÃO, REFORMA, AMPLIAÇÃO, E OUTRAS INERENTES AO RAMO DE NEGÓCIOS DO SEGURADO E NECESSÁRIAS PARA O EXERCÍCIO DE SUAS ATIVIDADES;
- b) CUSTOS DE DEFESA;
- c) MEDIDAS INADEQUADAS, INOPORTUNAS, DESPROPORCIONAIS OU INJUSTIFICADAS, ENTENDIDAS COMO SENDO PROVIDÊNCIAS TOMADAS SEM QUALQUER RELAÇÃO DIRETA COM INCIDENTE COBERTO POR ESTE SEGURO, ASSIM COMO, QUANDO TAIS PROVIDÊNCIAS FOREM TOMADAS FORA DO TEMPO ADEQUADO.

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.

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 esta e o **Segurado** acordam quanto à alteração de dados, modificam as condições ou o objeto do seguro.

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

FATO GERADOR: acontecimento accidental e imprevisto que resulta em **dano corporal**, estético, material e/ou moral causado a um terceiro decorrente de um ato médico incidental coberto pela apólice. Se a data do **fato gerador** não puder ser determinada com exatidão, ou caso não haja acordo entre **Seguradora** e **Segurado**, fica convencionado que o momento em que se deu o primeiro ato ou conduta omissiva ou comissiva definida como negligente, imprudente ou imperita. Caso a primeira conduta não possa ser definida com exatidão, fica convencionada a data que pela primeira vez o **Segurado** iniciou a prestação de serviços médico ao terceiro reclamante.

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

FURTO DE DOCUMENTOS: se caracteriza pela subtração sem que tenha havido o emprego de qualquer força ou violência para obtenção de documentos e, quando qualificado se caracteriza pela

subtração mediante destruição ou rompimento de obstáculo, bem como abuso de confiança, para obtenção dos documentos.

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

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

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

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 física que pretende fazer um seguro.

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

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

RATEIO: É o cálculo da **indenização** previsto nos seguros à primeiro **risco**, que prevêem 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.

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

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

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

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

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

SEGURADO: É pessoa física contratante do seguro, na qualidade de prestador de **serviços profissionais médicos** com habilitação reconhecida pelos respectivos conselhos competentes, inclusive para a especialidade objeto do seguro, devidamente designado na especificação da **apólice**. Fica entendido e acordado que caso o **Segurado** venha a falecer ou tornar-se incapaz civilmente, esta Apólice cobrirá indenizações de valores monetários decorrentes de qualquer **Reclamação** feita de acordo com suas condições contra o seu espólio, seus herdeiros ou representantes legais.

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 **Límite máximo de indenização** ou **Límite 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, representando 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.

2. OBJETO DO SEGURO

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

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

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

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

3. ABRANGÊNCIA DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA

3.1 Para os efeitos da presente cobertura securitária, assim que constatada a existência de uma **Reclamação** coberta pela presente **apólice**, 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) custos de defesa;
- d) contenção de sinistro e salvamento.

3.2. Coberturas Do Seguro

Desde que observadas todas as disposições desta **apólice**, as **coberturas** aqui previstas garantem, até o **Límite máximo de indenização**, ou quando aplicável, até o **Límite 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**.

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

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

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

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

3.2.5. A **Seguradora** responderá também, pelas despesas incorridas com contenção de sinistro e salvamento, devidamente comprovadas, ou, na ausência de comprovantes, confirmadas por vistoria, avaliação ou perícia técnica da Seguradora.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

A SEGURADORA FICARÁ DESOBRIGADA DE INDENIZAR OU DE EFETUAR QUALQUER PAGAMENTO COM BASE NESTA APÓLICE, QUANDO DA OCORRÊNCIA DE QUALQUER UMA DAS SITUAÇÕES LISTADAS NAS CLÁUSULAS ABAIXO OU QUANDO E NA MEDIDA EM QUE UMA RECLAMAÇÃO ESTIVER RELACIONADA DIRETA OU INDIRETAMENTE A QUALQUER UMA DE REFERIDAS CIRCUNSTÂNCIAS:

4.1. RECLAMAÇÕES APRESENTADAS POR SERVIÇOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E/OU TRATAMENTO MÉDICO POR ESPECIALIDADE NÃO INFORMADA NA ACEITAÇÃO DO PRESENTE SEGURO, CONFORME DESCrito NA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE - ESPECIALIDADE PROFISSIONAL;

4.2. 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;

4.3. 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;

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

4.5. A RESPONSABILIDADE CIVIL ATRIBUÍDAS A OUTROS MÉDICOS, ENFERMEIROS, HOSPITAIS, PLANOS DE SAÚDE, CONVÊNIOS, COOPERATIVAS DE TRABALHO OU INSTITUIÇÕES SIMILARES E AO QUE NÃO ESTEJAM DEVIDAMENTE DESCRIATAS NA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE OU CLÁUSULA PARTICULAR INTEGRANTE A ESTA APÓLICE. FICAM TAMBÉM EXCLUÍDOS, QUAISQUER TIPOS DE RESPONSABILIDADE ATRIBUÍDOS A FABRICANTES DE REMÉDIOS OU DE EQUIPAMENTOS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, BEM COMO ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS;

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

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

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

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

4.9. ATOS ILÍCITOS DOLOSOS CRIMINAIS E/OU FRAUDULENTOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELOS BENEFICIÁRIOS E/OU PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES LEGAIS DE UM OU DE OUTRO;

4.10. MULTAS E/OU IMPOSIÇÃO DE PENALIDADES DE NATUREZA NÃO INDENIZATÓRIA APLICADAS AO SEGURADO;

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

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

4.13. QUALQUER TIPO DE RECLAMAÇÃO APRESENTADA CONTRA O SEGURADO POR SEUS EMPREGADOS, PREPOSTOS, TERCEIRIZADOS, COOPERADOS, ATENDENTES E/OU ESTAGIÁRIOS, QUANDO AO SEU SERVIÇO, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO A RECLAMAÇÕES DE CUNHO TRABALHISTA E PREVIDENCIÁRIA. FICA ENTENDIDO E ACORDADO QUE TAL EXCLUSÃO NÃO SE APLICA QUANDO OS REFERIDOS EMPREGADOS ESTIVEREM NA CONDIÇÃO DE PACIENTE;

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

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

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

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

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

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

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

4.21. DANOS A BENS MÓVEIS E IMÓVEIS SOB RESPONSABILIDADE DO SEGURADO, PARA GUARDA OU CUSTÓDIA, TRANSPORTE, USO, MANIPULAÇÃO OU EXECUÇÃO DE QUAISQUER TRABALHOS UTILIZANDO OS REFERIDOS BENS;

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

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

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

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

4.26. ESTÃO EXCLUÍDAS DA PRESENTE APÓLICE RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE CIRURGIAS PLÁSTICAS, ESTÉTICAS OU REPARADORAS.

O PRESENTE SEGURO NÃO COBRE AINDA, SALVO SE CONTRATADO CLÁUSULA ESPECIAL E/OU OPCIONAL:

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

4.28. ATUAÇÃO DO SEGURADO COMO DIRETOR MÉDICO.

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

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

4.31. TRATAMENTO DOMICILIAR, INCLUSIVE SUA PRESCRIÇÃO/INDICAÇÃO MÉDICA.

5. PRAZO COMPLEMENTAR E PRAZO SUPLEMENTAR PARA APRESENTAÇÃO DE RECLAMAÇÕES

5.1. Prazo complementar

5.1.1. Em caso de não renovação, o **Segurado** terá direito sem qualquer ônus, a um prazo adicional de 36 (trinta e seis) meses a contar do término da vigência desta **Apólice**, para apresentar reclamações à **Seguradora**, relativos aos **serviços profissionais médicos** cometidos entre a **data retroativa de cobertura** e o fim de vigência da **apólice**, contados a partir do término de vigência da **apólice**, considerando as seguintes hipóteses:

I – se a **apólice** não for renovada;

II – se a **apólice** à base de reclamações for transferida para outra **Seguradora** que não admita integralmente, o **período de retroatividade** da **apólice** precedente;

III – se a **apólice** for substituída por **apólice** a base de ocorrência, ao final de sua vigência, na mesma **Seguradora** ou em outra;

IV – se a **apólice** for cancelada, desde que o cancelamento não tenha ocorrido por determinação legal, por falta do pagamento do **prêmio** ou por pagamento das indenizações ter atingido o **limite máximo de indenização** da **apólice**, quando este tiver sido estabelecido.

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

5.1.3. O **prazo complementar** se aplica às **coberturas** previamente contratadas e que não foram incluídas na renovação da **apólice**, desde que essas não tenham sido canceladas por determinação legal, ou por falta de pagamento do **prêmio**.

5.1.4. 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.

5.2. Prazo suplementar

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

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

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

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

5.3. 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.

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

6. LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA DA APÓLICE

6.1. 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.

6.2. 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**.

6.3. Não obstante o que em contrário possam dispor às cláusulas 7^a e 8^a 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.

6.4. 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**.

7. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO POR COBERTURA CONTRATADA

7.1. 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.

7.2. 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 23 - Redução e Reintegração.

7.3. 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.

7.3.1. 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**.

7.3.2. 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.

8. LIMITE AGREGADO

8.1. 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.

8.1.1. 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.

8.1.2. 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.

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

- a) um novo **limite agregado**, definido como a diferença entre o **limite agregado** vigente na data de liquidação do **sinistro** e a **indenização** correspondente efetuada;
- b) um novo **limite máximo de indenização**, definido como o **MENOR** dos seguintes valores:
 - b.1) o **limite máximo de indenização** inicialmente estipulado para aquela cobertura; ou
 - b.2) o valor definido na alínea “a” deste item 8.2.

8.3. Se as indenizações abrigadas por este contrato, exaurirem o limite agregado de uma determinada cobertura adicional, nos termos do item 8.3 desta cláusula (8^a), 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.

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

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

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

9. FRANQUIA / PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO

9.1. 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**.

10. ÂMBITO DE COBERTURA

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

11. ACEITAÇÃO / RECUSA

11.1. A contratação ou alteração 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.

11.1.1. A proposta deverá conter, obrigatoriamente, os dados cadastrais do proponente, e os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, além de estar acompanhada de questionário e demais documentos porventura exigidos pela Seguradora.

11.1.2. Se os bens ou riscos a serem cobertos já estiverem garantidos, no todo ou em parte, por outro seguro, contratado nesta ou em outra Seguradora, pelo proponente, fica ele obrigado,

SOB PENA DE PERDA DOS DIREITOS CONFERIDOS POR ESTE CONTRATO, a comunicar tal fato, por escrito, às Seguradoras envolvidas.

11.1.3. Em se tratando de contratação ou renovação de apólice, deverá ser observada a vigência mínima de 1 (um) ano, exceto nos casos em que o proponente pretenda coincidir o término de vigência desta apólice de responsabilidade apólice à base de reclamações, com outras apólices contratadas nesta Seguradora.

11.1.4. A fixação do limite máximo de indenização para cada cobertura contratada é de inteira responsabilidade do segurado, não implicando, sob nenhuma circunstância, reconhecimento ou pré-avaliação da Seguradora, dos valores referentes aos bens e/ou interesses a serem garantidos pela apólice.

11.2. A Seguradora fornecerá ao proponente, a seu representante ou corretor de seguros, obrigatoriedade, protocolo que identifique a proposta, com a data e hora de seu recebimento.

11.3. 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 o atendimento de exigências.

11.4. A entrega da proposta à Seguradora poderá ser feita por meio remoto, nos termos da legislação em vigor.

11.5. Qualquer alteração relativa à modificação do risco e/ou nas condições de garantia da apólice só será válida se realizada por meio de endosso, sujeita aos termos constantes nesta cláusula.

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

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

11.7.1. Quando a aceitação da proposta depender de contratação de resseguro facultativa, o prazo aludido no item 11.6 desta cláusula 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 à aceitação da proposta. 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.

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

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

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

11.11. Em caso de recusa de proposta com adiantamento de pagamento de **prêmio**, tal valor do adiantamento deverá ser restituído, 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 33^a destas condições gerais. Além disso, deverá ser concedida cobertura por mais 02 (dois) dias úteis contados a partir da data em que o proponente, seu representante ou corretor de seguros, tiver conhecimento formal da recusa. A concessão de cobertura a que se refere este item (“11.11”) se aplicará somente para seguros com vigência igual ou superior a 12 (doze) meses, mas, desde que não se enquadre às disposições do subitem 11.7.1 desta cláusula.

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

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

- a) a data de manifestação da Seguradora, se dentro do prazo citado no item 11.6 desta cláusula, respeitados os termos constantes no item 11.7 e subitem 11.7.1;
- b) a data de término do prazo aludido no item 11.6 desta cláusula, em caso de ausência de manifestação da Seguradora, ou de manifestação posterior ao prazo citado no referido item 11.6, respeitados os termos constantes no item 11.7 e subitem 11.7.1;
- c) a data de emissão da apólice ou endosso com o consequente envio e/ou disponibilização do documento.

12. INSPEÇÃO

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

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

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

13. VIGÊNCIA DO SEGURO

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

13.2. Não havendo pagamento de **prêmio** quando do protocolo da proposta, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou data distinta, mediante prévio acordo entre **Segurado** e **Seguradora**. Nesta hipótese, a Seguradora não responderá por qualquer sinistro que venha ocorrer durante o período de aceitação da proposta.

13.3. Caso a proposta seja recepcionada pela **Seguradora**, com adiantamento para futuro pagamento parcial ou total do **prêmio**, o início de vigência da cobertura, será a partir da data de recepção da proposta pela **Seguradora**. Nesta hipótese, a Seguradora responderá por qualquer sinistro que venha a ocorrer durante o período de aceitação da proposta.

14. RENOVAÇÃO DO SEGURO

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

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

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1. Mediante acordo entre as partes, fica entendido e acordado que o prêmio da apólice ou endosso poderá ser pago à vista ou em parcelas mensais sucessivas, por meio de cartão de crédito, débito em conta corrente ou conta poupança, boleto bancário ou outras formas admitidas por lei.

15.2 Na hipótese de pagamento através de boleto bancário, deverão ser observadas às seguintes disposições:

- a) 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 cinco dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento;
- b) se o segurado, seu representante ou corretor de seguros, não receber(em) o(s) documento(s) de cobrança dentro do prazo aludido na alínea “a” deste item (15.2), 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;
- c) com exceção ao disposto na alínea “b” deste item (15.2):
 - c.1) não poderá ser estabelecido prazo superior a trinta dias, contado da emissão da apólice ou endosso, para pagamento do prêmio, em parcela única, ou, de sua primeira parcela, quando fracionado;
 - c.2) 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.

15.3. 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.

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

15.5. 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.

15.6. 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.

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

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

15.9. 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.

15.10. Configurada a inadimplência do segurado em relação ao pagamento do prêmio de qualquer parcela subsequente à primeira, quando fracionado, a vigência da apólice e/ou endosso será ajustada em função do prêmio efetivamente pago, com base na tabela de prazo curto, a seguir descrita:

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

15.10.1. Para percentual não previsto na tabela de prazo curto constante no item 15.10 desta cláusula, deverá ser aplicada a percentagem relativa ao prazo imediatamente superior.

15.11. A Seguradora informará ao segurado ou ao seu representante, por escrito, a nova vigência da apólice e/ou endosso ajustada de acordo com a tabela de prazo curto, previamente ao efetivo cancelamento, sem prejuízo aos itens 15.12 e 15.13 desta cláusula.

15.12. Se em decorrência da aplicação da tabela de prazo curto, conforme item 15.10 desta cláusula, a nova vigência ajustada:

- a) não houver expirada, a Seguradora facultará, ao segurado, a possibilidade de purgar a mora, dentro do intervalo da vigência ajustada, mediante o pagamento da(s) parcela(s) inadimplida(s), acrescidas de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, proporcional aos dias de atraso, como também, de atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE, calculada entre o último índice publicado antes da data de inadimplência, e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento;
- b) já houver expirada, a apólice e/ou endosso ficará(ão) automaticamente cancelado(s), não tendo o segurado direito a qualquer restituição de prêmio já pago.

15.12.1. Caso o IPCA/IBGE venha a ser extinto, a Seguradora adotará o INPC/IBGE, ou, na hipótese de extinção de ambos, o índice que o Governo venha a criar em substituição.

15.13. Na hipótese prevista na alínea “a”, do item anterior (15.12), 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.

15.14. 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.

15.15. 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 33^a destas condições gerais. Equipara-se também a recebimento indevido do prêmio, mas, não se limita apenas, o valor eventualmente pago durante o período de suspensão a que se refere o item 11.7.1 destas condições gerais.

16. ALTERAÇÕES

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

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

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

16.1.3. Alteração da atividade profissional exercida;

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

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

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

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

16.2.3. Em caso de não aceitação, a **Seguradora** cancelará o seguro a partir da data subsequente ao prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento pelo **Segurado** ou seu representante da **notificação** da recusa do **risco** alterado. Neste caso a **Seguradora** deverá restituir ao **Segurado** o **prêmio** pago proporcionalmente ao período a decorrer de vigência da **apólice**, atualizado de acordo com a cláusula 33^a destas condições gerais.

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

17. HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

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

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

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

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

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

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

17.3. Observadas as regras específicas previstas nas cláusulas 17.5 e 17.6 abaixo, quando, de forma não intencional, for verificado, na ocorrência ou não de um Sinistro, que as informações prestadas pelo **Segurado** ou pelo corretor de seguros não corresponderem à realidade e interferirem na avaliação e agravamento do risco objeto da presente Apólice, poderá a **Seguradora** (a) cobrar a respectiva diferença de **prêmio** referente ao aumento do risco ou (b) resolver o contrato, na forma do disposto no parágrafo único do artigo 766 do Código Civil.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. AVISO DE SINISTRO E NOTIFICAÇÕES

18.1. Toda e qualquer comunicação relacionada a **Sinistros** ou expectativas de **Sinistro** decorrentes desta **Apólice** (incluindo, sem limitação, a **notificação** prevista na cláusula 18.3 abaixo) deverá ser feita por escrito e dirigida à **Seguradora** aos cuidados do Departamento de **Sinistros**. Será considerada como data da comunicação a data do protocolo de entrega e recebimento pelo referido departamento da **Seguradora**. Se feita através de correio, igualmente será considerada a data constante do aviso de recebimento assinado pela **Seguradora**.

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

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

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

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

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

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

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

18.7. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do evento e com os documentos de habilitação correrão por conta do **segurado** e/ou da parte interessada ao recebimento da indenização, salvo em relação aquelas diretamente realizadas ou autorizadas pela **Seguradora**.

18.8. Os atos ou providências que a **Seguradora** praticar após o evento não importarão, por si sós, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização reclamada.

19. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

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

- documento de identificação do **Segurado**;
- documento de identificação do **Terceiro**;
- data da ocorrência do **Sinistro**;
- resumo descritivo do **Sinistro**;
- cópia da ação civil movida contra o **Segurado** por reparação de perdas e **danos** causados a **terceiros**, quando aplicável;
- certidão de ocorrência da polícia local, quando cabível.

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

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

19.4 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. Todavia, caso seja necessária a tradução destes documentos, as despesas correspondentes ficarão a cargo exclusivo da **Seguradora**.

20. INDENIZAÇÃO

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

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

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

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

- a) o **Segurado**, sob hipótese alguma, não deverá admitir ou arcar com qualquer responsabilidade, no todo ou em parte, nem deverá incorrer em encargos ou despesas, sem o prévio consentimento por escrito da **Seguradora**;
- b) apurada a responsabilidade civil legal do **Segurado** por sentença judicial transitada em julgado, 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) mediante acordo entre as partes, a **Seguradora** indenizará o montante dos prejuízos regularmente apurados, preferencialmente em dinheiro, admitidas as possibilidades de reparo ou reposição da coisa, observando o limite de **indenização** do Seguro. Na impossibilidade de reparação ou reposição da coisa à época da liquidação, a indenização deverá ser paga em dinheiro;
- d) Todos os **danos** decorrentes de um mesmo **fato gerador** serão considerados como um único **sinistro**, qualquer que seja o número de reclamantes ou reclamações. Para os efeitos das indenizações amparadas por este contrato, será considerado como um único e mesmo sinistro todas as reclamações provenientes da mesma causa originária, prevalecendo as condições vigentes no momento da primeira notificação apresentada à Seguradora. Ocorrendo o término da vigência da cobertura, ou o esgotamento do limite contratado, cessará automaticamente a cobertura para os acontecimentos ocorridos posteriormente;
- e) em caso de **Sinistro**, se constar que os valores que serviram de base ao cálculo do **prêmio** foram inferiores aos contabilizados pelo **Segurado**, a **indenização** será paga na razão entre o **prêmio** pago e o devido;
- f) qualquer acordo judicial ou extrajudicial, com o terceiro prejudicado, seus beneficiários e herdeiros, só será reconhecido pela Seguradora se tiver sua prévia anuênciam. Na hipótese de recusa do Segurado em aceitar o acordo recomendado pela Seguradora e aceito pelo terceiro prejudicado, fica desde já acordado que a Seguradora não responderá por quaisquer quantias acima daquela pela qual seria o Sinistro liquidado por aquele acordo;
- g) proposta qualquer ação civil coberta pela presente **apólice** contra o **Segurado**, este dará imediato aviso à **Seguradora**, conforme cláusula 18 (**Aviso de Sinistro**). Ainda, no referido aviso, o **Segurado** deverá informar para a **Seguradora** os advogados de defesa objeto da **reclamação**. A **Seguradora** avaliará se os valores de honorários e demais despesas cobertas pela presente **apólice** são justas e condizentes com a prática de mercado, considerando todos os aspectos necessários, incluindo, mas não limitando a natureza da **reclamação**, valores envolvidos, porte e experiência do escritório e/ou advogado nomeado.

A **Seguradora** poderá aceitar total ou parcialmente ou mesmo recusar os valores de defesa propostos pelo advogado escolhido pelo **Segurado**. Se Aprovado os valores, a **Seguradora** arcará com **custos de defesa**, observados os dispostos nos subitens 3.2 e 6.3. Em caso de recusa ou aprovação parcial, a **Seguradora** enviará carta formal ao **Segurado** detalhando os motivos que levaram a não aceitação dos **custos de defesa** apresentado pelo advogado escolhido pelo **Segurado**.

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

- h) ainda que não figure na ação, a **Seguradora** poderá intervir na mesma, na qualidade de assistente;
- i) fixada a **indenização** devida, seja por sentença transitada em julgado, decisão arbitral final, ou por acordo nos termos deste seguro, a **Seguradora** efetuará a **indenização** da importância, a que estiver obrigada, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar após apresentação dos respectivos documentos;
- j) será interrompida e reiniciada a contagem do prazo para a **indenização**, caso os documentos apresentados não forem suficientes e a **Seguradora** solicitar outros, no caso de dúvida fundada e justificável;
- k) se a indenização não for efetuada pela Seguradora, no prazo previsto de acordo com as alíneas “i” e “j” deste item (20.3), os valores correspondentes sujeitam-se a atualização monetária e juros moratórios, em conformidade com as disposições da cláusula 33^a destas condições gerais.

20.4. Caso a Seguradora conclua que a indenização não é devida, comunicará formalmente o segurado com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da entrega de toda a documentação básica requerida para a regulação do processo.

21. VISTORIA DE SINISTRO

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

22. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

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

22.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas obedecerá às seguintes disposições:

22.2.1. 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.

22.2.2. 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 22.2.2.

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

22.4. 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-partes, relativa ao produto desta negociação, às demais participantes.

23. TRANSFERÊNCIA DE APÓLICES

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

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

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

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

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

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

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

25. REDUÇÃO E REINTEGRAÇÃO DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

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

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

26. RESCISÃO E CANCELAMENTO

I - O Seguro será cancelado automaticamente quando:

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

O risco se filiar a atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparado ao dolo praticados pelo Segurado, pelo beneficiário, ou pelo representante de um ou de outro.

II - O Seguro poderá ser cancelado ainda:

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

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

Nota: Os valores eventualmente restituídos ao segurado serão atualizados de acordo com às disposições da cláusula 33^a destas condições gerais.

Quando a indenização ou a série de indenizações pagas atingirem o Limite máximo de indenização para as coberturas especificamente discriminadas e/ou atingir o Limite máximo de indenização expressamente estabelecido nesta apólice.

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

Para prazos não previstos na tabela de Prazo Curto, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior.

27. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

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

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

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

28. FORO

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

29. CLÁUSULA ADICIONAL DE EXCLUSÃO PARA ATOS DE TERRORISMO

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

30. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais serão aqueles determinados pelo Código Civil Brasileiro.

31. INFORMAÇÕES SUPLEMENTARES

A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da Seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

32. DOCUMENTOS DO SEGURO

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

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

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

33. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

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

- a) **no caso de recusa de proposta recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio:** atualização monetária pela variação positiva do IPCA / IBGE, calculada entre o último índice publicado antes da data do recebimento do prêmio, e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva devolução.
- b) **no caso de recebimento indevido de prêmio:** atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE, calculada entre o último índice publicado antes da data do recebimento do prêmio, e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva devolução.
- c) **no caso de cancelamento do contrato:** atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE, calculada entre o último índice publicado antes da data do recebimento da solicitação de cancelamento, ou data do efetivo cancelamento, se este for por iniciativa da Seguradora, e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição.
- d) **no caso de indenização de sinistro:**

- d.1) atualização monetária pela variação positiva do IPCA / IBGE, calculada entre o último índice publicado antes da ocorrência do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação, exceto no caso de reembolso de despesas, em que a atualização monetária será a partir do último índice publicado antes da data do efetivo dispêndio; e
- d.2) juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados a partir do primeiro dia após transcurso do prazo limite, até a data da efetiva liquidação do sinistro.

33.2. 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.

33.3. Caso o IPCA/IBGE venha a ser extinto, a Seguradora adotará o INPC/IBGE, ou, na hipótese de extinção de ambos, o índice que o Governo venha a criar em substituição.

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

33.5. A atualização monetária e juros moratórios das obrigações pecuniárias da Seguradora para os seguros contratados em moeda estrangeira, só serão aplicadas quando tais obrigações forem liquidadas em moeda nacional. Na hipótese das obrigações de tais seguros forem liquidadas em moeda estrangeira, serão aplicados somente os juros moratórios.

**SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL
PARA MÉDICOS, DENTISTAS, ENFERMEIROS, FISIOTERAPEUTAS,
NUTRICIONISTAS E PSICÓLOGOS
APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÕES**

CONDIÇÕES PARTICULARES

**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 4.29, do item “4” (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.

**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 o subitem 4.30, do item “4” (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.

**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 4.31, do item “4” (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.

**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 4.27, do item “4” (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 SEGURADOS TEMPORÁRIOS OU
SUBSTITUTOS**

Fica entendido e acordado que, tendo sido pago o correspondente prêmio, incluem-se como Segurado, os profissionais temporários ou substitutos descrito abaixo, mas somente por serviços médicos prestados durante o período de cobertura também descrito abaixo:

Nome do Profissional Temporário ou Substituto	Período de Cobertura	Segurado

Os profissionais temporários ou substitutos acima dividem a cobertura aplicável e disponível para o correspondente Segurado. O limite de responsabilidade não se soma ou se separa do correspondente limite máximo de indenização da presente apólice, conforme descrito em sua especificação.

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

CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DA PESSOA JURÍDICA PARA FINS DE FATURAMENTO

Fica entendido e acordado que, tendo sido pago o correspondente prêmio, inclui-se como Segurado desta apólice, a Pessoa Jurídica. A presente cláusula tem por objetivo amparar as reclamações decorrentes da prestação de serviços médicos do segurado da referida apólice, que recaiam também sobre a Pessoa Jurídica, mencionada acima.

A cláusula particular se aplicará para pessoas jurídicas que possuam um ou mais sócios, desde que cumpridas todas as condições abaixo:

- a) a reclamação ou expectativa da reclamação seja aquela em que se aleguem, que se baseie em, seja consequência de, seja de qualquer forma atribuível a, direta ou indiretamente, atos médicos praticados exclusivamente pelo segurado pessoa jurídica;
- b) os atos médicos mencionados acima estejam abrangidos pela(s) especialidade(s) segurada(s) na apólice;
- c) o segurado pessoa jurídica comprove documentalmente, por meio de contrato social e suas respectivas alterações, a condição de sócio da pessoa jurídica objeto da reclamação;
- d) os demais termos e condições da apólice sejam observados.

Também não estarão amparadas por esta cláusula específica:

- a) reclamações decorrentes da prestação de serviços médicos de profissionais que não sejam o segurado desta apólice;
- b) reclamações decorrentes de quaisquer atos praticados ou quaisquer serviços prestados pelos demais sócios da pessoa jurídica;
- c) reclamações apresentadas por serviços profissionais médicos e/ou tratamentos médicos por especialidades não informadas na aceitação do presente seguro, conforme descrito na especificação da apólice.

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

**CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE DIRETOR MÉDICO E/OU CHEFE
DE EQUIPE**

Fica entendido e acordado que, tendo sido pago o correspondente prêmio, a presente apólice cobre as reclamações contra o segurado decorrentes da sua condição de Diretor Médico e/ou Chefe de Equipe.

A presente cobertura é válida somente nos casos de reclamações de terceiros por serviços médicos prestados pela instituição que o Segurado comprovadamente tenha posição de Diretor Médico e/ou Chefe de Equipe.

Permanecem excluídos:

RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE ATOS DE GESTÃO.

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

CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE GERENCIAMENTO DE CRISES

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

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

**CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA COBERTURA DE MÉDICOS DURANTE A
RESIDÊNCIA MÉDICA**

Fica entendido e acordado que, tendo sido pago o correspondente prêmio e confirmada à aceitação da especialidade, a cobertura da presente apólice abrangerá os Atos Médicos realizados pelo Segurado no âmbito da especialidade médica, desde que estes Atos Médicos tenham ocorrido por motivo, no âmbito e durante a Residência Médica, observados os critérios específicos exigidos para a atuação nesta modalidade de ensino de pós-graduação, com orientação e supervisão de profissional habilitado nos termos da lei.

É vedado ao Segurado anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para o qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina.

Para fins desta Apólice, considera-se Residência Médica (também denominada “Residência” em Medicina) a modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, conforme previsto no Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, e demais normas que disciplinem esta matéria.

Também não estarão amparadas por esta cláusula particular:

- A) RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE ATOS OU FATOS, OU QUAISQUER SERVIÇOS PROFISSIONAIS, PRESTADOS EM DESACORDO COM O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA;**
- B) RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE ATOS OU FATOS, OU QUAISQUER TIPOS DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS PRESTADOS PELO SEGURADO EM RELAÇÃO À ESPECIALIDADE EM CURSO, MAS FORA DO ÂMBITO DA RESIDÊNCIA MÉDICA.**

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

CLÁUSULA PARTICULAR DE EXCLUSÃO DE COBERTURA PARA PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS QUE ENVOLVAM TOXINA BOTULÍNICA

Fica entendido e acordado que a cláusula 4ª – Riscos Excluídos – passa a vigor acrescida do item 4.32, conforme redação abaixo:

4.32. 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 exclusões / riscos não cobertos das condições gerais da apólice, a Seguradora não se responsabilizará por qualquer reclamação, direta ou indiretamente, causada por ou decorrente de, ou de qualquer outra forma, atribuível ou relacionada à, ou envolvendo ou em conexão, com qualquer doença transmissível.
2. Para fins desta cláusula específica, doença transmissível significa:
 - a) coronavírus e qualquer cepa de coronavírus ou suas sequelas;
 - b) pneumonia atípica ou qualquer estirpe desta.
3. Permanecem em vigor as condições contratuais deste seguro que não tenham sido expressamente alteradas ou revogadas por esta cláusula específica.

CLÁUSULA ESPECÍFICA DE EXCLUSÃO DE INSOLVÊNCIA

1. Em aditamento à cláusula 4ª (**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.