
**CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL
PROFISSIONAL – EXCELSIOR CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS (RCP)
APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÕES**

Sumário

CLÁUSULA 1 - DISPOSIÇÕES PRELIMINARES.....	2
CLÁUSULA 2 - APRESENTAÇÃO	2
CLÁUSULA 3 - DEFINIÇÕES E GLÓSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS.....	2
CLÁUSULA 4 - OBJETO DO SEGURO	9
CLÁUSULA 5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	9
CLÁUSULA 6 - FORMA DE CONTRATAÇÃO.....	9
CLÁUSULA 7 - BASE DE CONTRATAÇÃO.....	10
CLÁUSULA 8 - CLÁUSULA 8 – LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL (LMI)	10
CLÁUSULA 9 - LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA DA APÓLICE (LMG)	11
CLÁUSULA 10 - LIMITE AGREGADO (LA).....	11
CLÁUSULA 11 - COBERTURAS	12
CLÁUSULA 12 - RISCOS EXCLUÍDOS.....	12
CLÁUSULA 13 - ACEITAÇÃO DO RISCO.....	14
CLÁUSULA 14 - VIGÊNCIA	15
CLÁUSULA 15 - RENOVAÇÃO	16
CLÁUSULA 16 - ALTERAÇÃO DE RISCOS E VALORES	16
CLÁUSULA 17 - TRANSFERÊNCIA DE APÓLICE.....	18
CLÁUSULA 18 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES.....	18
CLÁUSULA 19 - PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS).....	19
CLÁUSULA 20 - ATUALIZAÇÃO DOS VALORES CONTRATADOS	20
CLÁUSULA 21 - JUROS DE MORA	21
CLÁUSULA 22 - PAGAMENTO DO PRÊMIO	21
CLÁUSULA 23 - PERÍODO RETROATIVO DE COBERTURA.....	23
CLÁUSULA 24 - PRAZO COMPLEMENTAR	23
CLÁUSULA 25 - PRAZO SUPLEMENTAR.....	24
CLÁUSULA 26 - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO	25
CLÁUSULA 27 - OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	27
CLÁUSULA 28 - PERDA DE DIREITO.....	29
CLÁUSULA 29 - CANCELAMENTO DO SEGURO	30
CLÁUSULA 30 - SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS.....	31
CLÁUSULA 31 - PRESCRIÇÃO	31
CLÁUSULA 32 - FORO	31

**CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL
PROFISSIONAL – EXCELSIOR CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS (RCP)
APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÕES**

CLÁUSULA 1 - DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1. O Seguro **EXCELSIOR – CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS (RCP)** é um seguro de Responsabilidade Civil Profissional, com cobertura específica para profissionais de **clínicas e consultórios**. Suas condições têm os valores expressos em reais e são regidas pelas disposições seguintes.
2. A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.
3. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
4. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

CLÁUSULA 2 - APRESENTAÇÃO

1. Estas são as condições contratuais do Seguro de RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL – CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS, que estabelecem as formas de funcionamento das coberturas contratadas.
2. Para os devidos fins e efeitos, são considerados, em cada caso, somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, discriminadas e contratadas, desprezando-se quaisquer outras.
3. Para casos não previstos nessas condições contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
4. Mediante a contratação deste seguro, o Segurado aceita as cláusulas que se encontram no texto destas condições contratuais.
5. O Segurado, por meio próprio ou por seu corretor de seguros ou representante legal, ao assinar a proposta de seguro, declara o conhecimento e o acesso a presente condições contratuais, pelos canais disponíveis pela seguradora e constante na proposta de seguro.

CLÁUSULA 3 - DEFINIÇÕES E GLÓSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

Os termos definidos utilizados neste seguro foram divididos em duas seções: (I) definições, que contém termos básicos do seguro a base de reclamação com notificação, e (II) glossário de termos técnicos, contendo significados mais específicos adotados pela Seguradora na Apólice.

I – Definições

APÓLICE À BASE DE OCORRÊNCIA: No caso do seguro de responsabilidade civil, como aquela que define, como objeto do seguro, o pagamento e/ou o reembolso das quantias, respectivamente, devidas ou pagas a terceiros, pelo segurado, a título de reparação de danos, estipuladas por tribunal civil ou por acordo aprovado pela sociedade seguradora, desde que:

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

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÃO ("CLAIMS MADE BASIS"): Trata-se de forma alternativa de contratação de seguro de responsabilidade civil, em que se define, como objeto do seguro, o pagamento e/ou o reembolso das quantias, respectivamente, devidas ou pagas a terceiros pelo segurado, a título de reparação de danos, estipuladas por tribunal civil ou por acordo aprovado pela sociedade seguradora, desde que:

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

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÃO COM NOTIFICAÇÃO: É a que define o sinistro como de competência da Apólice, em cujo Período de Vigência do Seguro a notificação tenha sido feita. Se o Segurado não registrar, junto à Seguradora, o evento potencialmente danoso, e este vier a ser efetivamente reclamado no futuro, por terceiros prejudicados, será acionada a Apólice em vigor na ocasião da apresentação da reclamação. Esta apólice somente produzirá efeitos se o Segurado tiver apresentado, durante a vigência da apólice, prazo complementar ou suplementar, se aplicáveis, a notificação relacionada ao fato, ou à circunstância, que gerou a reclamação efetuada pelo terceiro prejudicado.

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

FATO GERADOR: É qualquer acontecimento que produza danos, garantidos pelo seguro, e atribuídos, por terceiros pretensamente prejudicados, à responsabilidade do Segurado.

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

LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG): Representa o limite máximo de responsabilidade da sociedade seguradora, de estipulação opcional, aplicado quando uma reclamação, ou série de reclamações decorrentes do mesmo fato gerador, é garantida por mais de uma das coberturas contratadas. O LMG da apólice é fixado com valor menor ou igual à soma dos limites máximos de indenizações estabelecidos individualmente para cada cobertura contratada. Na hipótese de a soma das indenizações, decorrentes do mesmo fato gerador, atingir o LMG, a apólice será cancelada.

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO POR COBERTURA CONTRATADA (LMI): Limite máximo de responsabilidade da sociedade Seguradora, por cobertura, relativo à reclamação, ou série de Reclamações decorrentes do mesmo fato gerador. **Os limites máximos de indenização estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicando. Os Limites Máximos de Indenização por Cobertura Contratada são parte do valor e não estão em excesso ao Limite Máximo de Garantia da Apólice.**

NOTIFICAÇÃO: Ato por meio do qual o segurado comunica à Seguradora, por escrito durante a vigência da apólice, fatos ou circunstâncias potencialmente danosos, ocorridos entre a data limite de retroatividade (inclusive) e o término de vigência da apólice.

PERÍODO DE RETROATIVIDADE: Intervalo de tempo limitado inferiormente pela data limite de retroatividade, inclusive, e, superiormente, pela data de início de vigência de uma apólice à base de reclamações.

PRAZO COMPLEMENTAR: É o prazo adicional para a apresentação de Reclamações ao Segurado, por parte de terceiros, concedido obrigatoriamente pela sociedade Seguradora, sem cobrança de qualquer prêmio adicional, tendo início na data do término de vigência da apólice ou na data de seu cancelamento.

PRAZO SUPLEMENTAR: É o prazo adicional para a 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 procedimentos estabelecidos nesta Apólice.

II – Glossário de Termos Técnicos

ACEITAÇÃO OU SUBSCRIÇÃO DO RISCO: É o ato pelo qual a Seguradora aceita o seguro que lhe foi proposto.

AGRAVAÇÃO DO RISCO: É o termo que define o ato do Segurado em tornar o risco mais grave do que originalmente se apresentou no momento da contratação do seguro, seja por alteração de tipo de atividade ou da composição do quadro de funcionários e/ou prepostos, podendo, em decorrência, haver a perda do direito à indenização, ou o cancelamento antecipado da apólice, quando as recomendações da Seguradora, desde que feitas no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento da proposta, não são aceitas ou atendidas pelo Segurado.

ÂMBITO GEOGRÁFICO: É o termo que determina o local do território brasileiro para a abrangência da cobertura da apólice.

APÓLICE: É o instrumento do contrato de seguro emitido pela Seguradora, confirmando a aceitação do seguro e contendo as suas condições gerais, especiais e particulares como parte integrante do contrato de seguro.

ATO CAUSADOR DO DANO: É uma ação ou omissão do Segurado, através de seus sócios, administradores, empregados e/ou prepostos, venha a acarretar um dano, presente ou futuro, ao terceiro. Se o dano for decorrente de vários atos, será considerado, para fins de definição de direitos à indenização, a data do primeiro ato causador do dano. O ato pode ser causado por médico, odontólogo, enfermeiro, técnico em enfermagem ou qualquer

outro empregado e/ou preposto, desde que esteja diretamente relacionado com a prestação do serviço na área da saúde.

ATO ILÍCITO CULPOSO: É a ação ou omissão involuntária, que viole o direito e cause dano a uma pessoa, ainda que, exclusivamente moral, decorrente de negligência, imperícia ou imprudência do autor da ação.

AVISO, COMUNICAÇÃO OU NOTIFICAÇÃO DE SINISTRO: É a obrigação imposta ao Segurado, visando acautelar seus interesses, de comunicar a ocorrência do sinistro à Seguradora (Aviso ou Comunicação), ou de notificar um incidente com forte probabilidade de resultar em ação (Notificação).

BENEFICIÁRIO: É a pessoa física a quem se destina à indenização em caso de sinistro.

BOA FÉ: É a obrigação de agir dentro da lei e da veracidade. O contrato de seguro é de estrita boa fé.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL: É o termo utilizado para designar documento oficial emitido por autoridade policial, descrevendo e confirmando a ocorrência de um acidente ou fato danoso, que se torna indispensável no encaminhamento de determinadas reclamações de sinistros.

CADUCIDADE: É o perecimento de um direito pelo seu não exercício em um certo intervalo de tempo marcado pela lei ou pela vontade das partes.

CANCELAMENTO DO SEGURO: É a rescisão antecipada do contrato de seguro, por acordo, inadimplência ou pagamento de indenizações em que o limite máximo indenizável da apólice seja totalmente utilizado.

COBERTURA: É a responsabilidade assumida pela Seguradora, quanto: às garantias, limite máximo indenizável, riscos assumidos, vigência e âmbito territorial.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: São as condições gerais, especiais e particulares de um mesmo plano de seguro, submetidas à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, previamente à sua comercialização.

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

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

CONTRATO DE SEGURO: É o conjunto formado pela proposta, apólice e condições contratuais, inclusive eventual endosso.

CORRETOR: É a pessoa física ou jurídica legalmente autorizada a angariar e a intermediar contratos de seguro entre a Seguradora e o Segurado.

CULPA GRAVE: É o termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada por negligência ou imprudência grosseira, sendo que, apesar de a ação resultar em consequências sérias ou mesmo trágicas, não houve, de parte do agente

causador, a intenção de obter o resultado, embora tivesse assumido a possibilidade da ocorrência do risco.

DANO: É a lesão do direito sofrida por um terceiro, que decorra de ação e/ou omissão do Segurado, desde que diretamente relacionada à atividade prevista no contrato de seguro.

DANOS CORPORAIS: São os danos e suas conseqüências diretas, causadas ao corpo humano.

DANOS MATERIAIS: São os danos que afetam e repercutem no patrimônio de terceiros.

DANOS MORAIS: São os danos que afetam a personalidade moral de uma pessoa, causando ofensa à honra, imagem, intimidade e à vida privada.

DATA DE EXIGIBILIDADE: É a data a partir da qual incide atualização dos valores a serem pagos pela Seguradora ou recebidos do Segurado.

DOLO: É a ação ou omissão voluntária, praticada com a intenção de produzir o dano.

EMOLUMENTOS: É o conjunto de despesas adicionais que a Seguradora cobra do Segurado relativo aos encargos a que está sujeito o seguro.

ENDOSSO: É o documento pelo qual a Seguradora formaliza qualquer alteração na apólice sem, contudo, alterar a cobertura básica nela contida.

EVENTO: É o ato causador do dano que possa resultar em uma ou mais reclamações.

EXTINÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO: O contrato de seguro extingue-se na data do vencimento fixado na apólice ou em eventual endosso de prorrogação, ou, ainda, quando é paga uma ou mais indenizações que venham a utilizar integralmente o limite máximo de garantia da apólice (LMG).

FORO: Refere-se à localização do Órgão do Poder Judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos deste contrato.

FRANQUIA: É a participação do Segurado nos prejuízos em cada evento coberto. Não é aplicada a este seguro, que utiliza forma similar de participação do Segurado (vide Participação Obrigatória do Segurado – POS).

GARANTIA: É a natureza da obrigação assumida pela Seguradora.

INCIDENTE: É o fato ou circunstância relevante que possa acarretar reclamação futura, por parte de terceiros, podendo caracterizar uma notificação do Segurado à Seguradora.

INDENIZAÇÃO: É o valor determinado referente ao prejuízo causado pelos sócios, administradores, empregados e/ou prepostos do Segurado, devido ao terceiro prejudicado, em decorrência de um evento coberto e até o limite máximo indenizável previsto na apólice.

ÍNDICE DE ATUALIZAÇÃO DE VALORES: É o índice econômico adotado pela Seguradora para atualização dos valores. Para este contrato de seguro o índice adotado é o **IPCA/IBGE** (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileira de Geografia e Estatística); em caso de extinção, será adotado o índice que o suceder.

IOF: É a sigla do Imposto sobre Operações Financeiras.

JURO DE MORA: É o encargo financeiro decorrente por atraso no pagamento ou recebimento de algum valor, após a aplicação do índice de atualização de valores.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO: É o ato final do processo de regulação do sinistro que consiste no pagamento ou não de indenização, ao Segurado.

LOCAL DO RISCO: É o endereço do Segurado onde se realizam as atividades profissionais alvo deste seguro.

MÁ FÉ: É a ação ou omissão intencional de ferir a lei ou o contrato de seguro.

PACIENTE: É a pessoa que requer ou utiliza os serviços do Segurado. Todo paciente é um **terceiro**.

PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS): É a participação nos prejuízos indenizáveis em cada evento coberto. O seu valor é estabelecido na apólice e corresponde à parcela do risco de responsabilidade do Segurado. É similar à **franquia**, que, contudo, não é aplicada neste seguro.

PRAZO CURTO: É a metodologia de cálculo baseado em tabela específica, aplicado ao período de tempo decorrido e a decorrer, em relação ao período de vigência da apólice.

PREJUÍZO: É o resultado do dano que afete uma pessoa, tomadora dos serviços da área de saúde do Segurado.

PRÊMIO: É a soma em dinheiro paga pelo Segurado à Seguradora para que esta assumas as garantias pactuadas.

PRÊMIO ADICIONAL: É o prêmio suplementar, cobrado em certos e determinados casos.

PRÊMIO FRACIONADO: É o prêmio anual, dividido em parcelas para efeito de pagamento.

PRÊMIO ÚNICO: Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado para a vigência integral da apólice, podendo ser pago à vista ou parcelado.

PRESCRIÇÃO: É o meio pelo qual, de acordo com o transcurso do tempo, se extinguem obrigações, com base no Código Civil e no Código de Defesa do Consumidor.

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE: É todo o trabalho e serviço voltado ao atendimento físico e psíquico da pessoa humana, tais como tratamento, consultas, exames, diagnósticos, cirurgias, etc., na área da saúde.

PRIMEIRO RISCO ABSOLUTO: É aquele em que, observada a participação obrigatória, a Seguradora responde pelos prejuízos, integralmente, até o montante do limite máximo de indenização por cobertura contratada, não se aplicando, em qualquer hipótese, rateio.

“PRO RATA TEMPORIS”: É a metodologia de cálculo da proporcionalidade referente ao período de tempo decorrido e a decorrer em relação ao período de vigência da apólice.

PROBABILIDADE: É a ocorrência incerta de uma determinada reclamação futura.

PROPONENTE: É a Pessoa Jurídica que propõe a contratação do seguro em seu nome, através do preenchimento de proposta de seguro. Ao ser emitida a apólice, o proponente passa a ser denominado Segurado.

PROPOSTA: É o documento que formaliza o interesse do proponente em contratar o seguro, podendo conter questionário e/ou ficha de informações detalhada, que devem ser preenchidos pelo proponente do seguro e que servirão de base para a avaliação do risco pela Seguradora. Uma vez emitida a apólice, a proposta passa a fazer parte do contrato do seguro.

REGULAÇÃO DE SINISTRO: É todo o procedimento técnico-administrativo promovido pela Seguradora que se inicia com o aviso de sinistro e que tem o objetivo constatar o evento reclamado, apurar a cobertura em relação à apólice contratada e avaliar a extensão do prejuízo decorrente. Antecede ao procedimento denominado liquidação do sinistro.

REINTEGRAÇÃO DO LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL: É a recomposição do limite máximo indenizável (LMI) em caso de sinistro que utilize parte deste limite. Para fim destas condições, é vedada a reintegração, devido à existência de limite agregado.

RENOVAÇÃO: É a oferta da Seguradora ao Segurado, ao término da vigência de uma apólice, possibilitando a continuidade da cobertura dos riscos. O conjunto de normas e procedimentos a serem cumpridos, para que se efetive tal continuidade, é denominada renovação do contrato.

RESPONSABILIDADE CIVIL: É a obrigação do Segurado em indenizar os danos que venha a causar a terceiros, por sua culpa (imperícia, imprudência ou negligência), consubstanciada em decisão judicial definitiva, ou acordo firmado entre Segurado e os terceiros envolvidos, mediante expressa e prévia autorização da Seguradora.

RESSEGURO: É a parcela do risco que a Seguradora repassa ao resSegurador, que é o IRB Brasil Re S/A.

RISCO: É o evento incerto cuja ocorrência independe da vontade das partes e previsto no contrato de seguro.

SEGURADO: É a pessoa jurídica com interesse legítimo e local especificado na apólice, legalmente habilitada pelos órgãos oficiais para a promoção, proteção, recuperação e assistência à saúde, e com tipos de especialidades definidas na apólice.

SEGURADORA: É a COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS, Empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, a funcionar no Brasil, que, recebendo o prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo contrato de seguro. Também é denominada sociedade Seguradora.

SINISTRO: É o evento ou incidente de natureza involuntária e imprevista, que resulta em prejuízo a terceiros.

TABELA DE PRAZO CURTO: São níveis percentuais estabelecidos neste seguro, para efeito de devolução de prêmios em caso de cancelamento dos riscos por iniciativa do Segurado, devolução de prêmio ou redução do prazo de vigência em caso de

inadimplência, ou, ainda, para cobertura por prazo curto, assim entendido a vigência por prazo inferior a 1 (um) ano.

TAXA: É o percentual aplicado sobre o limite máximo indenizável para aferir o Prêmio a ser pago pelo Segurado à Seguradora.

TERCEIRO: É a pessoa física, na qualidade de paciente, tomadora dos serviços prestados pelo Segurado, no exercício da sua atividade prevista na apólice. Para efeito deste seguro, não são considerados terceiros os parentes dos sócios, sócios e administradores do Segurado, conforme definições do Código Civil.

VIGÊNCIA: É o período compreendido entre a hora e a data do início da cobertura e hora e data do seu término, estando prevista na apólice.

CLÁUSULA 4 - OBJETO DO SEGURO

1. Este seguro tem por objeto a garantia ao Segurado, até o limite máximo de garantia da apólice (LMG), observado o limite máximo indenizável por sinistro (LMI), a indenização das reparações pecuniárias, pelas quais, o mesmo vier a ser responsável, judicialmente, junto a terceiros, através de sentença judicial transitada em julgado ou em acordo autorizado de modo expresso pela Seguradora, em virtude de ações/erros ou omissões provocadas por seus sócios, administradores, empregados e prepostos, decorrentes, única e exclusivamente, da prestação de serviços na área da saúde, com base no contrato de seguro, assim como, independentemente de condenação, o pagamento de honorários advocatícios, custas judiciais e/ou fiança que o Segurado estiver obrigado a constituir.
2. São partes contratantes deste seguro, de um lado, a Clínica ou Consultório prestador de serviços na área da saúde, denominado SEGURADO, e de outro lado, a Cia. Excelsior de Seguros, denominada SEGURADORA.
3. Por tratar-se de Apólice a Base de Reclamações com Notificação, o pagamento da indenização securitária ao terceiro ou reembolso ao Segurado, será com base em reclamações apresentadas à Seguradora entre o Início de Vigência da Apólice e o fim do Prazo Complementar e, se aplicável, do Prazo Suplementar, e desde que o Fato Gerador tenha ocorrido entre a Data de Retroatividade e o fim de vigência especificado na Apólice.

CLÁUSULA 5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Esta apólice responderá, unicamente, por sinistro ocorrido e reclamado sob a responsabilidade do Segurado, desde que este ocorra em **qualquer local do território brasileiro, dentro das dependências do Segurado**, conforme endereços indicados na apólice.

CLÁUSULA 6 - FORMA DE CONTRATAÇÃO

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

CLÁUSULA 7 - BASE DE CONTRATAÇÃO

1. A cobertura deste seguro está sendo contratada à base de **RECLAMAÇÃO COM NOTIFICAÇÃO**, conforme a definição contida no item “**Apólice à Base de Reclamações com Notificação**” da Cláusula “**DEFINIÇÕES**” destas condições contratuais.
 - 1.1. **RECLAMAÇÕES oriundas de fatos não notificados: A Seguradora somente poderá acatar reclamação quando se verificarem as situações seguintes:**
 - a) os danos causados a terceiros sejam decorrentes de ações ou omissões de sócios, administradores, empregados e/ou prepostos do Segurado, e cometidos (ocorridos) no local do risco mencionado na apólice, no exercício de suas atividades de prestação dos serviços na área da saúde, durante o período de vigência da apólice ou período retroativo de cobertura, quando houver;
 - b) as reclamações por tais danos sejam apresentadas ao Segurado pelos terceiros reclamantes durante a vigência da apólice ou dos prazos complementar e suplementar (este, quando contratado), conforme disposições nestas condições gerais.
 - 1.1.1. A data do sinistro neste caso será a do recebimento da reclamação.
 - 1.2. **NOTIFICAÇÕES:** Diante de um fato relevante que possa dar origem a reclamações futuras amparadas pelo seguro, e para salvaguarda dos seus direitos, o Segurado deverá NOTIFICAR a Seguradora.
 - 1.2.1. A notificação da Seguradora deverá dar-se durante a vigência da apólice e tão logo o Segurado tome conhecimento do fato ou circunstância relevante que possa acarretar reclamação futura, por terceiros.
 - 1.2.2. A notificação deverá conter, de forma mais completa possível, os dados e particularidades do evento, 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 eventuais testemunhas; e
 - c) natureza dos danos e de suas possíveis consequências.
 - 1.2.3. No caso de reclamação extrajudicial apresentada contra as pessoas físicas do sócio, administrador, empregado e/ou preposto, por ato praticado dentro do estabelecimento do Segurado, e sob sua responsabilidade, este deverá notificar o fato à Seguradora, para salvaguardar seus direitos.
 - 1.2.4. Será considerada como data do sinistro, a do recebimento formal da notificação.

CLÁUSULA 8 - LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL (LMI)

1. O limite máximo indenizável por cobertura contratada, indicado na apólice, representa o valor máximo de responsabilidade da Seguradora por evento, respeitado o limite máximo de garantia da apólice e o limite agregado disponível.

- 1.1. Todos os prejuízos e despesas decorrentes de um mesmo evento serão considerados como um único sinistro, qualquer que seja o número de reclamantes envolvidos.
2. O valor do limite máximo indenizável é de livre escolha do Segurado, respeitado o plano de comercialização da Seguradora vigente na data da contratação.
3. Em caso de aumento do limite máximo indenizável (LMI) da apólice, durante sua vigência, ou por ocasião de sua renovação, será adotado o critério restritivo, como seja, o novo valor apenas será aplicado para as reclamações relativas a danos (ações ou omissões) que venham a ocorrer a partir da data de sua implementação, prevalecendo o limite anterior para as reclamações relativas aos danos ocorridos anteriormente àquela data e a partir da data limite de retroatividade.
4. Em caso de alteração do limite máximo indenizável durante a vigência da apólice, a pedido do Segurado ou seu Corretor, o prêmio a ser cobrado ou devolvido será calculado com base na tabela de prazo curto. Se a iniciativa for da Seguradora, o cálculo será na forma “pro rata temporis”.
5. É vedada a reintegração do limite máximo indenizável.

CLÁUSULA 9 - LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA DA APÓLICE (LMG)

1. Além do limite máximo indenizável (LMI) este seguro está sujeito ao limite máximo de garantia da apólice (LMG) a que se referem estas condições; este limite constará da apólice e representa o risco máximo que a Seguradora assume pelo conjunto de coberturas que possam ser afetadas pelo mesmo sinistro, respeitados os limites máximos indenizáveis (LMIs) e o limite agregado (LA).
2. Por se tratar de plano com cobertura única, conforme a cláusula “COBERTURA” destas condições, o LMG é igual ao LMI.

CLÁUSULA 10 - LIMITE AGREGADO (LA)

1. O limite agregado indicado na apólice, representa o valor máximo de indenizações permitidas por este contrato, **para o conjunto de reclamações, de um ou mais eventos**, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos e/ou despesas relacionadas aos sinistros **ocorridos** durante a vigência da apólice ou o período retroativo de cobertura, quando houver.
- 1.1. Ocorrerá o cancelamento automático do contrato de seguro, quando a soma das indenizações e demais gastos e/ou despesas amparadas pelo seguro atingir o limite agregado.**
2. Não obstante a fixação de limite agregado superior ao limite máximo indenizável, o valor máximo de indenização por sinistro, assim entendido a reclamação ou série de reclamações resultantes de um mesmo evento, será limitado ao limite máximo indenizável da apólice.
3. O Limite Agregado escolhido pelo Segurado será indicado na apólice.
4. É vedada a reintegração do limite agregado.

CLÁUSULA 11 - COBERTURAS

1. Este seguro é contratado na forma de COBERTURA ÚNICA, abrangendo os riscos de **danos corporais, danos materiais e/ou danos morais**, quando **ocorridos no local do risco mencionado na apólice**:
 - a) decorrentes de ações ou omissões diretamente relacionadas à prestação de serviços na área da saúde, cometidos pelos sócios, administradores, empregados e/ou prepostos, que resultem em sentença judicial transitada em julgado ou em acordo autorizado expressamente pela Seguradora; e
 - b) observadas as condições deste contrato, quando **reclamados** nas esferas **cível ou criminal**, ou, ainda, quando notificados.
- 1.1. A omissão garantida por este contrato refere-se à falta de atendimento do profissional em situações de emergência, caracterizada quando houver necessidade da intervenção imediata e inadiável do profissional, para evitar dano ao paciente, e em todas as outras situações também previstas no código de ética do profissional.
2. Estão cobertas, dentro do limite máximo indenizável previsto na apólice, as **despesas** abaixo, quando decorrentes dos riscos acima:
 - a) **indenizações** pela qual o Segurado vier a ser civilmente condenado, em sentença judicial transitada em julgado, ou em acordo autorizado de modo expreso pela Seguradora, pelos danos corporais, materiais e/ou morais causados a terceiros;
 - b) **custas judiciais** relativas a ações cíveis, das quais advenha responsabilidade amparada por este contrato de seguro;
 - c) **honorários advocatícios**, relativos aos advogados de defesa do Segurado nas esferas cível ou criminal.
3. São condições necessárias para o Segurado pleitear a cobertura, sem prejuízo das demais disposições da apólice:
 - 3.1. Que o terceiro apresente a reclamação ao Segurado:
 - a) durante o período de vigência da apólice;
 - b) durante o prazo complementar, quando cabível; ou
 - c) durante o prazo suplementar, quando cabível;
 - 3.2. Que as reclamações estejam vinculadas a danos ocorridos durante a vigência da apólice, ou durante o período retroativo de cobertura.

CLÁUSULA 12 - RISCOS EXCLUÍDOS

Esta apólice não responderá por reclamações decorrente, direta ou indiretamente, de:

- a) **quaisquer danos causados a terceiros por qualquer prestação de serviços e/ou tratamento não informados à Seguradora;**
- b) **reclamações decorrentes de atos praticados por pessoas que não constem da relação do quadro de funcionários e/ou prepostos do Segurado;**
- c) **reclamações decorrentes de atos praticados que não tenham relação direta com a prestação de serviços à saúde dos terceiros;**
- d) **reclamações decorrentes da responsabilidade como sócios e administradores do seguro, ficando entendido, contudo, que estes terão direito à cobertura**

- apenas com relação aos atos por estes praticados na condição de profissionais da área de saúde;
- e) danos produzidos por raios X ou radiações derivadas do uso ou existência de aparelhos e materiais, quando quaisquer deles não forem os conhecidos e aceitos pela ciência médica e autoridade competente;
 - f) danos originados da infecção ou contaminação com o vírus tipo HIV, HTLV III, LAV, CJD, Hepatite ou quaisquer de seus derivados ou variedades mutantes, ou, ainda, que de alguma maneira estiverem relacionados com a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), quando decorrentes da utilização de hemoderivados;
 - g) danos derivados de qualquer tratamento cujo objetivo seja o impedimento da gravidez ou a procriação, salvo nos casos em que o método estiver legal e cientificamente aceito;
 - h) danos pelo não cumprimento da obrigação do sigilo profissional por parte do Segurado, salvo quando houver dever legal de denunciar a existência de um crime ou delito, ou ainda, por decisão judicial transitada em julgado, seja obrigado a quebrar seu sigilo;
 - i) atos médicos ou intervenções cirúrgicas proibidas por leis específicas ou normas técnicas ou administrativas;
 - j) responsabilidade decorrente do não cumprimento de qualquer contrato, verbal ou escrito, propaganda, sugestão, promessa de êxito nos procedimentos médicos e/ou odontológicos em que se garanta o resultado de qualquer tipo de ato médico, cirúrgico ou não, no caso em que a reclamação esteja baseada exclusivamente, no não cumprimento dessa promessa;
 - k) intervenções cirúrgicas que sejam realizadas com o objetivo de efetuar modificações e/ou mudanças de sexo e/ou suas características distintas, exceto quando o sexo do paciente tiver sido determinado incorretamente no momento do nascimento, por uma enfermidade genética, ou por um defeito anatômico, e exista autorização judicial prévia para sua realização;
 - l) enfermidades genéticas no caso em que se determine que elas tenham sido causadas por uma manipulação genética por parte do Segurado ou de seus prepostos;
 - m) dolo ou culpa grave equiparável ao dolo, quando praticado por sócios controladores, dirigentes, administradores legais, beneficiários e respectivos representantes;
 - n) atos praticados e fatos ocorridos que sejam amparados por apólices contratadas em outras Seguradoras com início de vigência anterior ao da presente, desde que a EXCELSIOR SEGUROS não tenha sido informada, anteriormente, pelo Segurado, da existência de outro seguro;
 - o) transmutações nucleares quando não derivarem do uso terapêutico da energia nuclear;
 - p) danos produzidos como consequência de fatos de guerra civil, internacional, rebelião, sedição, motim, guerrilha, terrorismo, greve, tumulto e/ou alvoroço popular, e/ou malevolência popular e/ou manifestação;
 - q) danos produzidos pela existência e/ou utilização de aparelhos, bem como indicação e administração de tratamentos ou medicamentos não reconhecidos pela ciência médica e/ou não autorizados pela autoridade competente; assim como a Responsabilidade Civil dos fabricantes de medicamentos receitados pelo Segurado, quando o dano se origine pelo produto e não por culpa, negligência ou imperícia do Segurado;
 - r) danos originados por ato realizado pelo Segurado, e/ou pelo pessoal profissional, técnico, auxiliar ou administrativo, na coleta, uso e administração de Banco de Sangue, salvo se o ato tiver sido efetuado no âmbito do Serviço de

Hemoterapia e Imunohematologia e/ou Medicina de Transfusão do Segurado, sempre que estes se desenvolvam de acordo com as normas e padrões emanados das autoridades competentes, Sociedade Brasileira de Hemoterapia e Imunohematologia, e sempre que as referidas atividades e/ou operações forem realizadas em benefício de um terceiro do Segurado, com prévio consentimento escrito de sua parte. Por Banco de Sangue, para os efeitos desta apólice, entende-se o local, dentro ou fora do estabelecimento do Segurado, onde ocorra a decisão da conveniência terapêutica quanto à transfusão de sangue e/ou seus componentes, assim como sua coleta, estudo, armazenamento, processamento, distribuição, bem como qualquer outro uso do sangue e/ou produtos derivados do sangue, que tenha sido realizado pelo Segurado;

- s) **danos decorrentes de roubo, extravio ou furto de bens de qualquer espécie, pertencentes a terceiros, ainda que ocorridos no interior de clínicas ou consultórios sob controle e utilizados pelo Segurado no exercício profissional.**
- t) **danos decorrentes de reclamações referentes ao uso e conservação do imóvel no qual o Segurado exerce suas atividades profissionais;**
- u) **reclamações feitas por terceiros e/ou seus representantes contra o Segurado, relacionado com pedidos de reembolso de honorários profissionais já pagos, mesmo quando decorrentes de risco coberto por esta apólice;**
- v) **danos estéticos subjetivos, ou sejam, aqueles que não se enquadrem no conceito de danos objetivos abaixo:**
 - v.1) **entende-se como dano objetivo, os casos cujos resultados sejam bizarros, facilmente notados por outras pessoas, bem como, os envolvendo partes do corpo humano quando uma está diferente, em tamanho ou forma, em relação à outra, o suficiente para ser notada por outras pessoas.**
- w) **danos emergentes, inclusive lucros cessantes, e outros prejuízos indiretos do Segurado, bem como danos a sua imagem ou publicidade, mesmo que resultantes de riscos cobertos.**

CLÁUSULA 13 - ACEITAÇÃO DO RISCO

1. A contratação deste seguro deverá ser feita por meio de proposta que contenha os elementos essenciais à análise para aceitação ou recusa dos riscos propostos, bem como a informação da existência de outros seguros cobrindo os mesmos interesses contra os mesmos riscos, assinada pelo proponente, seu representante ou pelo Corretor de Seguros desde que por expressa solicitação de qualquer um dos anteriores.
2. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a proposta, contados a partir da data do seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.
 - 2.1. A aceitação da proposta será automática caso a Seguradora não se manifeste no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados a partir do seu recebimento.
3. A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta poderá ser feita mais de uma vez, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para a avaliação da proposta ou taxação do risco.
4. **No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou de alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.**

5. **Caso a aceitação do risco dependa de contratação ou alteração de cobertura de resseguro facultativo, o prazo de 15 (quinze) dias acima ficará suspenso até que o ResSegurador se manifeste formalmente, devendo tal suspensão ser expressamente comunicada ao Segurado e/ou Corretor e/ou representantes legais do Segurado.**
6. No caso de não aceitação da proposta dentro do prazo previsto, a Seguradora formalizará a comunicação, justificando-a.
 - 6.1. Neste caso, a garantia prevalecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o proponente, seu representante legal ou o Corretor de seguros tiver conhecimento formal da recusa, ficando garantido à Seguradora o direito de cobrança do prêmio na forma “pro rata temporis”, referente ao período em que prevaleceu a cobertura.
 - 6.2. Caso ocorra algum sinistro coberto durante o prazo supra estipulado, estando o risco proposto dentro das condições normais de aceitação da Seguradora, a indenização será paga deduzindo-se dela o total do prêmio do seguro devido por um ano de vigência da apólice.
7. **O simples recebimento do valor parcial ou total do prêmio não implica em aceitação do seguro. Caso a proposta seja recusada pela Seguradora, esta devolverá ao Segurado o prêmio eventualmente recebido.**
 - 7.1. Se a restituição for feita posteriormente à data de formalização da recusa, o valor restituído estará sujeito à atualização com base no IPCA/IBGE (ou outro índice que o venha a suceder), calculado da data da formalização da recusa até a da restituição efetuada.
 - 7.2. Se a restituição for feita após 10 (dez) dias da formalização da recusa, além da atualização acima, incidirão os juros de mora definidos na cláusula “JUROS DE MORA” destas condições.
8. A emissão da apólice, do certificado ou do endosso, será feita em até 15 (quinze) dias a partir da data da aceitação da proposta.
9. O Segurado, ao aceitar a apólice, concorda com o seguinte:
 - a) todas as declarações e informações contidas na proposta, assim como quaisquer outras informações relativas ao risco, constituem suas declarações verdadeiras, sendo, a cobertura desta apólice, concedida com base na presunção da veracidade de tais declarações;
 - b) **será nula e sem efeito a concessão da cobertura prevista na apólice, em caso de omissão de informações ou falsidade nas declarações contidas na proposta e/ou quaisquer outras informações relativas ao risco que possam ter influído na aceitação do risco coberto pela apólice e/ou implicado em redução do prêmio do seguro.**

CLÁUSULA 14 - VIGÊNCIA

1. Este seguro vigorará por um ano, desde que os prêmios tenham sido pagos nos prazos devidos. A apólice e eventuais endossos e/ou certificados terão seu início e término de vigência às 24:00 h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

- 1.1 Em nenhuma hipótese poderá ser contratado apólice com período de vigência inferior, ou superior, a 1 (um) ano.**
2. Quando do protocolo da proposta, NÃO havendo pagamento de prêmio, o início da vigência da cobertura coincidirá com a data da aceitação da proposta ou com data distinta, quando expressamente acordado entre as partes, observados os prazos previstos na cláusula “ACEITAÇÃO DO RISCO” destas condições.
3. Caso a proposta tenha sido recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início da vigência da cobertura se dará a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

CLÁUSULA 15 - RENOVAÇÃO

1. A renovação do seguro não será automática. O Segurado, seu representante e/ou Corretor deverão enviar à Seguradora proposta para renovação, antes do final da vigência deste seguro, acompanhado de questionário simplificado atualizado.
2. A Seguradora poderá enviar sugestão de proposta ao Segurado, seu representante ou Corretor, contendo as condições para a contratação de novo período de cobertura.
3. Após o protocolo da proposta de renovação, a Seguradora disporá dos mesmos prazos previstos na cláusula “ACEITAÇÃO DO RISCO”, destas condições gerais, para aceitar ou não, a renovação das coberturas da apólice vincenda e emitir a respectiva apólice de renovação.
4. Na hipótese de não aceitação da renovação, a Seguradora fará os mesmos procedimentos de comunicação ao Segurado caso fosse um seguro novo, conforme previstos na cláusula “ACEITAÇÃO DO RISCO”.
5. Salvo o direito do Segurado ao período retroativo de cobertura, o tratamento de uma apólice sendo renovada será o mesmo de um seguro novo, sujeito, portanto, ao preenchimento de novo questionário, nova proposta, etc.
6. Em renovações sucessivas em uma mesma Seguradora, é obrigatória a concessão do período de retroatividade de cobertura da apólice anterior.
- 6.1. O Segurado tem direito a ter fixada, como Data Retroativa de Cobertura, em cada renovação de uma apólice à base de reclamações, a data pactuada por ocasião da contratação da primeira apólice, facultada, mediante acordo entre as partes, a fixação de outra data, anterior aquela, hipótese em que a nova data prevalecerá nas renovações futuras.

CLÁUSULA 16 - ALTERAÇÃO DE RISCOS E VALORES

- 1 A alteração deste contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou Corretor habilitado, sendo que a proposta escrita à Seguradora deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco, cabendo à Seguradora, fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e

hora do seu recebimento. Após a análise técnica necessária, seguida da emissão do endosso correspondente, fato que poderá gerar, cobrança de prêmio adicional ou restituição parcial do prêmio cobrado, com base no período de vigência restante.

- 2 O Segurado, em qualquer tempo, poderá solicitar emissão de endosso, para alteração de limite máximo indenizável, ficando a critério da Seguradora sua aceitação, ou não, e alteração do prêmio, quando couber.
- 3 **Se a alteração tornar o tipo do risco incompatível com os critérios de aceitação de riscos adotados pela Seguradora, esta poderá declinar o novo risco.** Neste caso, se houver o cancelamento da apólice, o prêmio relativo ao prazo restante, contado a partir da data da comunicação expressa sobre a alteração, será calculado na forma “pro rata temporis”.
- 4 **O Segurado deverá informar à Seguradora, antecipadamente ou até 10 (dez) dias após a alteração, sempre houver modificação nas especialidades de prestação de serviços à saúde e/ou na composição do quadro de funcionários e/ou prepostos, para que a Seguradora faça nova análise do risco, o que poderá resultar em cobrança/devolução de prêmio, conforme as novas especializações e/ou composição do quadro de funcionários e/ou prepostos tenham agravado ou reduzido os riscos, ou resultar em cancelamento da apólice, caso as alterações contrariem a política de aceitação dos riscos da Seguradora.**
 - 4.1 **Caso o Segurado não comunique a modificação, e vindo a ser constatada que houve agravamento dos riscos, a apólice poderá ser cancelada e/ou haver a perda ao direito de indenização, se houver sinistro.**
 - 4.2 Feita a comunicação, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para analisar o novo risco e apresentar sua deliberação em função do acima disposto. Após este prazo, não havendo qualquer manifestação da Seguradora, esta perderá o direito a qualquer cobrança adicional ou cancelamento da apólice, em decorrência da constatação de risco agravado, sendo, então, considerado o novo risco como similar ao anterior.
 - 4.3 Em caso de decisão de cancelar os riscos agravados, informados pela Seguradora dentro de 15 (quinze) dias após o comunicado do Segurado, o cancelamento do contrato terá vigência somente 30 (trinta) dias após o comunicado expresso da Seguradora, devendo ser restituída a diferença do prêmio do período a decorrer, calculado na forma “pro rata temporis”.
 - 4.3.1 Por ocasião deste cálculo, a Seguradora poderá cobrar o prêmio adicional pela agravamento do risco, relativo ao período entre a data da modificação do risco e do término de vigência, sempre na forma “pro rata temporis”.
- 5 Tanto a cobrança do prêmio adicional como a restituição do prêmio, nos casos previstos nesta cláusula, estarão sujeitos à atualização dos valores com base no IPCA/IBGE (ou outro índice que o venha a suceder), pelo prazo entre a data de exigibilidade até a data do pagamento.
 - 5.1 As datas de exigibilidade relativas a esta cláusula são:
 - a) em caso de cobrança ou restituição de prêmio, quando a solicitação partir do Segurado, será a data do pedido expresso do Segurado; ou
 - b) quando por iniciativa da Seguradora, será a data da comunicação ao Segurado.

- 5.2 O prazo para restituição do prêmio resultante de endosso de alteração, pela Seguradora, é de 30 (trinta) dias. Após este prazo a restituição fica sujeito a juros de mora, além da atualização do seu valor.
- 5.3 O prazo para recebimento do prêmio fica a critério da Seguradora, não podendo exceder a 30 (trinta) dias da emissão do endosso e tampouco resultar em data inferior a 30 (trinta) dias antes do término de vigência da apólice. Após este prazo, não havendo o pagamento, o endosso será cancelado conforme a cláusula “PAGAMENTO DO PRÊMIO”.

CLÁUSULA 17 - TRANSFERÊNCIA DE APÓLICE

1. Este plano de seguro NÃO prevê a contratação de período retroativo de cobertura para apólices novas anteriormente garantidas por outra Seguradora, na mesma base (reclamações).
2. Havendo renovação de apólice relativa a este plano de seguro, em outra Seguradora, na mesma base, com período retroativo de cobertura, este período garantido pela outra Seguradora prevalecerá sempre sobre o prazo complementar e, quando contratado, o prazo suplementar, previstos nestas condições gerais.
 - 2.1. Em caso de reclamação de sinistro ocorrida nos prazos complementar ou suplementar, esta Seguradora solicitará declaração do Segurado sobre a inexistência de apólice renovada em outra Seguradora, à base de reclamação, ou, em caso positivo, comprovantes de que o novo contrato não prevê data retroativa de cobertura que prevaleça sobre os prazos complementar ou suplementar da apólice.

CLÁUSULA 18 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

1. O Segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro sobre os mesmos bens e contra os mesmos riscos deverá comunicar sua intenção, previamente, por escrito, a todas as sociedades Seguradoras envolvidas, sob pena de perda de direito.
2. Os prejuízos totais, relativo a qualquer sinistro amparado por cobertura de responsabilidade civil cuja indenização esteja sujeita às disposições deste contrato, será constituído pela soma das seguintes parcelas:
 - a) despesas, comprovadamente, efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência de danos a terceiros, com o objetivo de reduzir sua responsabilidade;
 - b) valores das reparações estabelecidas em sentença judicial transitada em julgado e/ou por acordo entre as partes, nesta última hipótese com a anuência expressa das sociedades Seguradoras envolvidas.
3. De maneira análoga, o prejuízo total relativo a qualquer sinistro amparado pelas demais coberturas será constituído pela soma das seguintes parcelas:
 - a) despesas de salvamento, comprovadamente, efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência do sinistro;
 - b) valor referente aos danos materiais, comprovadamente, causados pelo Segurado e/ou por terceiros, na tentativa de minorar o dano ou salvar a coisa;
 - c) danos sofridos pelos bens Segurados.

4. A indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em hipótese alguma, o valor do prejuízo vinculado à cobertura considerada.
5. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Sociedades Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:
 - 5.1 Inciso I – Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado, limite máximo de indenização da cobertura e cláusulas de rateio;
 - 5.2 Inciso II – Será calculada a “indenização individual ajustada” de cada cobertura, na forma abaixo indicada:
 - a) se, para uma determinada apólice, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de garantia, a indenização individual de cada cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outras apólices serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e limites máximos de indenização. O valor restante do limite máximo de garantia da apólice será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os limites máximos de indenização destas coberturas;
 - b) caso contrário, a “indenização individual ajustada” será a indenização individual, calculada de acordo com o inciso I desta cláusula.
 - 5.3 Inciso III – Será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o inciso II desta cláusula.
 - 5.4 Inciso IV – Se a quantia a que se refere o inciso III desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada Sociedade Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o Segurado a responsabilidade pela diferença, se houver.
 - 5.5 Inciso V – Se a quantia estabelecida no inciso III for maior que o prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele inciso.
6. A sub-rogação relativa a salvados operar-se-á na mesma proporção da cota de participação de cada Seguradora na indenização paga.
7. Salvo disposição em contrário, a Seguradora que tiver participado com a maior parte da indenização ficará encarregada de negociar os salvados e repassar a quota-parte, relativa ao produto desta negociação, às demais participantes.

CLÁUSULA 19 - PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS)

1. Fica estabelecida uma participação obrigatória do Segurado (POS), conforme indicada na apólice, incidente sobre os prejuízos e/ou despesas indenizáveis, em cada reclamação ou conjunto de reclamações decorrentes de um mesmo evento.
- 1.1. Caso ocorram sinistros em que as indenizações fiquem restritas aos honorários advocatícios e, sendo estes pagos integralmente aos advogados, pela Seguradora, esta deverá ser reembolsada pelo Segurado referente a sua participação em qualquer indenização, com base nesta cláusula e nos valores indicados na Apólice.
- 1.1.1. O reembolso do valor correspondente à POS deverá ser feito pelo Segurado dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados, do recebimento do comunicado formal da Seguradora. Ultrapassado os trinta dias, o valor devido será acrescido de atualização monetária e juros de mora.

CLÁUSULA 20 - ATUALIZAÇÃO DOS VALORES CONTRATADOS

1. Fica expressamente pactuado o Índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para atualização, quando couber, de todos os valores contratados e de eventuais importâncias a serem pagas, devolvidas ou complementadas, observadas as disposições específicas de cada cláusula desta apólice. No caso de extinção do índice pactuado, será utilizado o Índice que venha a sucedê-lo, em substituição ao previsto nesta cláusula.
2. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
3. Pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros de mora far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
4. Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice do IPCA/IBGE, a partir da data em que se tornarem exigíveis:
 - a) no caso de cancelamento do contrato, por iniciativa do Segurado: a data do recebimento da solicitação de cancelamento;
 - b) no caso de cancelamento do contrato por iniciativa da Seguradora: a data do efetivo cancelamento;
 - c) no caso de recebimento indevido de prêmio: a data de recebimento do prêmio;
 - d) no caso de recusa da proposta: a data de formalização da recusa.
5. Os valores relativos a sinistros sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice do IPCA/IBGE, considerando-se as seguintes datas de exigibilidade:
 - a) a data da ocorrência do evento, **sempre limitados ao valor da indenização definida em sentença transitada em julgado ou em acordo judicial ou extrajudicial, mais os acréscimos legais, no caso de pagamento feito diretamente pela Seguradora ao terceiro;**
 - b) para as coberturas correspondentes a reembolso de indenizações ou despesas efetuadas, a data do efetivo dispêndio pelo Segurado.

CLÁUSULA 21 - JUROS DE MORA

Este contrato prevê um juro de mora de 0,5% a.m. (zero vírgula cinco por cento ao mês), calculado mês a mês, além do índice de atualização de valores, conforme a cláusula “ATUALIZAÇÃO DE VALORES CONTRATADOS”.

CLÁUSULA 22 - PAGAMENTO DO PRÊMIO

1. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista, ou parcelado, mediante acordo entre as partes.
 - 1.1. O Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) incide sobre todas as parcelas do prêmio, inclusive emolumentos.
2. A Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado, ou seu representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento. Quando a data do vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte, em que houver expediente bancário.
3. **Pagamento do prêmio em parcela única.**
 - 3.1. A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia da emissão da apólice, dos aditivos ou endossos dos quais resulte cobrança de prêmio.
 - 3.2. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio, sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, contudo, a indenização somente será devida após o pagamento do prêmio.
 - 3.3. Decorrido o prazo referido nos itens anteriores, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, o contrato ou aditamento a ele referente ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial, salvo acordo em contrário com a Seguradora, observado os termos do subitem 4.5.1.
 - 3.4. Fica vedado o cancelamento do contrato de seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.
4. **Pagamento do prêmio através de fracionamento**
 - 4.1. Os prêmios serão pagos em parcelas sucessivas, não podendo a primeira ser paga em prazo superior a 30 (trinta) dias contados da emissão da apólice, endosso ou aditivo, bem como a data do vencimento da última não poderá ultrapassar a vigência desta apólice.
 - 4.2. O não pagamento da primeira parcela implicará no cancelamento da apólice, de pleno direito, observado os termos do subitem 4.5.1.

- 4.3. No caso do não pagamento de qualquer parcela subsequente à primeira, o prazo de cobertura do seguro será ajustado com base no prêmio efetivamente pago, conforme estabelecido na tabela de prazo curto abaixo:

Tabela de Prazo Curto

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

- 4.3.1. Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.
- 4.3.2. A Seguradora deverá comunicar ao Segurado ou ao seu representante legal, por meio de endosso, o cancelamento bem como o novo término de vigência da apólice, ajustado conforme a tabela de prazo curto acima.
- 4.4. O Segurado poderá restabelecer os efeitos da cobertura pelo período inicialmente contratado, desde que retome o pagamento do prêmio devido mediante entendimento com esta Seguradora que, a seu critério, poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre o risco, bem como cobrar os juros indicados na apólice, pelo período de atraso.
- 4.4.1. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas, na forma acima, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.
- 4.5. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua vigência, sendo vedada à cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.
- 4.5.1. A Seguradora enviará comunicado ao segurado, pelos meios disponíveis e especificados na apólice, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação da parcela(s) do Prêmio(s) em atraso, sob pena de cancelamento da Apólice. Decorrido o prazo mencionado sem que tenha(m) sido quitado(s) o Prêmio(s) em atraso, o contrato ou Endosso a ele referente ficará automaticamente e de pleno direito cancelado.
- 4.6. Ocorrendo sinistro dentro do prazo de pagamento de qualquer parcela do prêmio, sem que este tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado. Quando

o pagamento da indenização acarretar no cancelamento da apólice, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor da indenização, excluídos os juros, bem como, o adicional de fracionamento.

4.7. O Segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer parcela, com a redução do valor com base nos juros de fracionamento pactuados, ficando entendido que frações de um mês serão desconsideradas para fim de redução.

4.7.1. Os juros de fracionamento pactuados constarão da apólice.

CLÁUSULA 23 - PERÍODO RETROATIVO DE COBERTURA

Havendo renovações sucessivas na mesma Seguradora, esta fará constar, obrigatoriamente, de cada apólice emitida, a **data retroativa de cobertura** relativa à primeira de uma série de apólices renovadas ininterruptamente, definindo o início do **período retroativo de cobertura**, que garante ao Segurado as ocorrências verificadas entre esta data e o início de vigência da apólice.

CLÁUSULA 24 - PRAZO COMPLEMENTAR

1. Em caso de não renovação da apólice nesta Seguradora, será concedida, automaticamente, um prazo complementar, sem cobrança de qualquer prêmio adicional.
2. Esse prazo servirá para cobrir as reclamações de terceiros e/ou notificações do Segurado, formalmente apresentadas à Seguradora, pelo prazo de **3 (três) anos a partir do término de vigência ou da data de cancelamento da apólice, e desde que o ato causador do dano tenha ocorrido durante a vigência da apólice, ou antes, durante o período retroativo de cobertura.**
3. **A concessão desse prazo complementar somente ocorrerá nos seguintes casos:**
 - a) não renovação da apólice;
 - b) cancelamento da apólice;
 - c) renovação do seguro, na mesma ou em outra Seguradora, transformado para a base de ocorrência; ou
 - d) renovação em outra Seguradora cujo contrato de seguro não admita período retroativo de cobertura da apólice anterior.
4. **Em nenhuma hipótese será possível a concessão desse prazo complementar, quando:**
 - a) houver o cancelamento da apólice, por determinação legal;
 - b) houver o cancelamento da apólice, por falta de pagamento; ou
 - c) for atingido o limite agregado da apólice.
5. As disposições desta cláusula, de forma alguma alteram o período de vigência deste contrato, aplicando-se apenas às reclamações por danos decorrentes de atos durante a vigência da apólice não renovada ou cancelada a pedido do Segurado, ou durante o período retroativo de cobertura.
6. Qualquer indenização por conta desse prazo estará sempre limitada ao valor do limite agregado vigente na data da reclamação.

CLÁUSULA 25 - PRAZO SUPLEMENTAR

1. Mediante o pagamento de prêmio adicional o Segurado poderá contratar, **exclusivamente durante a vigência do prazo complementar**, e somente por uma única vez, um **prazo suplementar**, imediatamente subsequente ao prazo complementar, para apresentação de reclamações de terceiros.
- 1.1. Este prazo suplementar não se aplica, contudo, quando, por qualquer motivo, o Segurado estiver impedido de usufruir o prazo complementar, conforme a cláusula “PRAZO COMPLEMENTAR”.
2. Esse prazo poderá ser de 1 (um) ou 2 (dois) anos, conforme definição do Segurado e indicação no endosso de cobrança do prêmio correspondente.
3. A contratação desse prazo somente poderá ser feita:
 - a) desde que a apólice NÃO tenha sido renovada nesta ou em outra Seguradora;
 - b) desde que a apólice tenha sido renovada nesta ou em outra Seguradora, mas na base de OCORRÊNCIA;
 - c) desde que a apólice tenha sido renovada em outra Seguradora na base de RECLAMAÇÃO cujo contrato de seguro não admita período retroativo de cobertura;
 - d) desde que a apólice não tenha sido cancelada por inadimplência ou por determinação judicial;
 - e) desde que o limite agregado não tenha sido esgotado durante o prazo complementar;
 - f) mediante o pagamento de prêmio adicional, à vista.
- 3.1. A Seguradora emitirá endosso cobrando o prêmio e validando a contratação desta extensão de prazo para reclamações.
4. Para a definição do prêmio adicional do prazo suplementar de 2 (dois) anos, será considerado o prêmio anual da apólice não renovada mais o valor obtido na tabela seguinte:
 - a) para apólice SEM período retroativo de cobertura: 60% (sessenta por cento) do prêmio da apólice não renovada;
 - b) para apólice COM período retroativo de cobertura de um ano: 100% (cem por cento) do prêmio da última apólice;
 - c) para apólice COM período retroativo de cobertura de dois anos: 125% (cento e dez por cento) do prêmio da última apólice;
 - d) para apólice COM período retroativo de cobertura de três anos ou mais: 140% (cento e quarenta por cento) do prêmio da última apólice.
- 4.1. Para a tabela acima, cada fração de ano será considerada ano inteiro.
5. O prêmio adicional do prazo suplementar de 1 (um) ano, corresponderá a 2/3 (dois terços) do prêmio calculado para a opção de dois anos.
6. Os prêmios dessa cláusula especial serão sempre pagos à vista.
7. Se, nas apólices anteriores, que deram motivo ao período retroativo de cobertura, os limites máximos indenizáveis forem diferentes dos constantes da última apólice, o

prêmio relativo a esta cláusula poderá ser ajustado proporcionalmente àquele limite máximo indenizável.

8. Se, nas apólices anteriores que deram motivo ao período retroativo de cobertura, houver alguma à base de OCORRÊNCIA, qualquer sinistro cujo ato tenha ocorrido sob sua vigência, que venha a ser reclamado por esta cláusula, não terá cobertura.
9. **Esse prazo suplementar deixará de existir, sem que haja qualquer direito do Segurado a restituição de prêmio, se durante a sua vigência, for esgotado o limite agregado da apólice.**
10. **Em nenhuma hipótese será possível a concessão desse prazo suplementar, quando:**
 - a) **houver o cancelamento da apólice, por determinação legal;**
 - b) **houver o cancelamento da apólice, por falta de pagamento; ou**
 - c) **for atingido o limite agregado da apólice.**
11. As disposições desta cláusula, de forma alguma alteram o período de vigência deste contrato, aplicando-se apenas às reclamações por danos decorrentes de atos durante a vigência da apólice não renovada ou cancelada.
12. Qualquer indenização por conta desse prazo estará sempre limitada ao valor do limite agregado vigente na data da reclamação.

CLÁUSULA 26 - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

1. **Procedimentos do Segurado em caso de reclamação.**
 - 1.1. Em caso de sinistro que possa vir a ser indenizado por este contrato, deverá o Segurado, sob pena de perda de direito à indenização:
 - a) dar imediato aviso à Seguradora, pela via mais rápida ao seu alcance, sobre qualquer medida civil, administrativa ou criminal contra o Segurado, inclusive intimação para ser ouvido em declarações e inquérito policial, sem prejuízo da comunicação formal, prestando todas as informações necessárias;
 - b) prestar as informações e esclarecimentos solicitados, colocando à disposição da Seguradora a documentação para comprovação ou apuração dos prejuízos;
 - c) franquear ao representante da Seguradora o acesso ao local onde foi executado o ato causador do sinistro;
 - d) não reconhecer responsabilidade alguma perante o terceiro/paciente, por qualquer incidente que possa gerar uma reclamação, nem celebrar transações e/ou acordos, sem a devida e específica autorização, por escrito, da Seguradora;
 - e) autorizar a Seguradora a assumir sua defesa e condução dos processos, cíveis e criminais, que tratem dos riscos cobertos por esta apólice, cabendo à Seguradora designar os advogados para representar o Segurado, o qual deverá outorgar o competente instrumento de mandato específico para cada caso.
 - 1.1.1. A comunicação imediata do Segurado deverá estar acompanhada da cópia da notificação, citação e/ou intimação por ele recebida, além de todos os documentos que possua pertinentes ao evento.

- 1.2. Para agilidade no processo de regulação e liquidação do sinistro, o Segurado deverá, logo após a comunicação imediata acima, fornecer à Seguradora os seguintes documentos/informações:
- a) cópia do CPF e da identificação profissional expedida pelo Órgão de Classe;
 - b) relato detalhado do fato;
 - c) cópia de toda a documentação clínica que envolva o atendimento prestado pelo Segurado;
 - d) cópia de outra apólice de seguro de responsabilidade civil que o Segurado venha a ter com outra Seguradora, conforme a cláusula de “CONCORRÊNCIA DE APÓLICES”, destas condições gerais;
 - e) comprovação do pagamento dos prêmios da apólice em cuja vigência ocorrer a reclamação;
 - f) comprovação do pagamento dos prêmios de apólices anteriores, quando o ato causador do dano tiver ocorrido no período retroativo de cobertura;
 - g) cópia de recibos, contratos de honorários advocatícios, ou de quaisquer outros documentos que devam compor a liquidação do sinistro, assim como despesas originadas pelo atendimento do sinistro, que estejam em poder do Segurado;
 - h) cópia de outros documentos que a Seguradora venha a considerar necessário no caso concreto;
 - i) cópia de outros documentos e antecedentes que dispuser para sua defesa, colaborando com o advogado designado pela Seguradora, tanto na esfera cível como na criminal.

2. Procedimentos do Segurado em caso de notificação.

Os detalhes dos procedimentos do Segurado, relativos à notificação estão previstos na cláusula “BASE DE CONTRATAÇÃO”, destas condições.

3. Liquidação do sinistro.

- 3.1. Os atos ou providências que a Seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização reclamada.
- 3.2. Reconhecida a responsabilidade civil profissional do Segurado, nos termos destas condições gerais, a Seguradora indenizará, em moeda corrente, o montante dos prejuízos regularmente apurados, observando o limite máximo indenizável (LMI), o limite máximo de garantia da apólice (LMG) e o limite agregado (LA), desde que feita a competente regulação do sinistro pela Seguradora.
- 3.3. A liquidação de sinistro coberto por este contrato, processar-se-á conforme as seguintes regras:
- a) fixada a indenização devida, seja por **sentença transitada em julgado**, ou por **acordo judicial ou extrajudicial**, a Seguradora efetuará o reembolso ou o pagamento do valor a ser indenizado, excluindo-se, em qualquer hipótese, as medidas cautelares deferidas que impliquem em arresto, sequestro, penhora, indisponibilidade de bens do Segurado, ou ainda, obrigação de pagamento por tutela antecipada;
 - b) **qualquer acordo judicial ou extrajudicial com o reclamante, seus beneficiários ou herdeiros, apenas será reconhecido pela Seguradora se tiver sua prévia anuência. Na hipótese de o Segurado recusar, prévia e expressamente, o acordo recomendado pela Seguradora, e já aceito pelo reclamante, fica desde já acordado que a Seguradora não responderá por**

quaisquer quantias acima daquela pela qual seria o sinistro liquidado conforme o acordo recusado;

- c) se a reparação pecuniária devida pelo Segurado compreender pagamento de quantia líquida e certa e prestação de renda ou pensão, a Seguradora, dentro dos limites da apólice, pagará, preferencialmente, o valor representado pela quantia líquida e certa;
- c.1) quando a Seguradora, ainda dentro daquele limite, tiver que contribuir também para o capital garantidor da renda ou pensão, o fará mediante os reembolsos mensais ao Segurado, da renda originada pela aquisição de títulos em nome deste, até atingir o valor máximo indenizável pela apólice.
- d) eventuais encargos de tradução referentes a reembolso de despesas efetuadas no exterior serão de exclusiva responsabilidade desta Seguradora.

4. Prazo para pagamento.

- 4.1. Na hipótese da liquidação do sinistro efetivar-se por reembolso ao Segurado, em razão do mesmo ter cumprido a sentença condenatória, o acordo judicial ou extrajudicial, a Seguradora ressarcirá o Segurado, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos previstos nesta cláusula, inclusive cópia da sentença ou do instrumento de acordo, prazo este que ficará suspenso na hipótese de solicitação de documentação e/ou informação complementar, com base em dúvida fundada e justificável, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 4.2. Em caso de sinistro que dependa de regulação pelo Ressegurador, o prazo acima ficará interrompido enquanto não houver a autorização deste.
- 4.3. O não pagamento da indenização no prazo acima previsto implicará na aplicação de juros de mora, a partir do final desse prazo, sem prejuízo de sua atualização.
- 4.4. Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado deverá ser comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto no subitem 4.1 acima.
- 4.5. Fica vedada a negativa do pagamento da indenização ou qualquer tipo de penalidade ao segurado quando relacionada a perguntas que utilizem critério subjetivo para a resposta ou que possuam múltipla interpretação**

5. Sinistros decorrentes de procedimentos sucessivos.

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

CLÁUSULA 27 - OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

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

1.1. Documentação dos empregados e/ou prepostos.

- 1.1.1. O Segurado deve zelar e manter em bom estado de conservação e segurança todos os documentos relacionados com a atividade garantida por estas condições, inclusive os que compõem o prontuário do paciente, como protocolo cirúrgico e anestésico, registro de monitoração cardiológica intra-operatória, fetal e/ou resultado de estudos complementares transcritos ou anexados ao prontuário.**
- 1.1.2. Para todos os médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares, que sejam empregados ou prepostos, bem como aqueles que estiverem em regime de aprendizagem, e ainda aqueles que se utilizarem, por qualquer forma, das instalações do Estabelecimento do Segurado, para exercer atividades de assistência à saúde, o Segurado deverá exigir que realizem, no Prontuário de cada paciente, um adequado registro do ato médico realizado ou indicado ao terceiro, que permita demonstrar a eficiência da prestação do serviço de assistência à saúde oferecida a este último.**
- 1.1.3. O registro no prontuário/ficha deverá consignar obrigatoriamente o nome do paciente, a data, o horário, assinatura e nome legível do profissional que estiver fazendo o registro, assim como escrever em forma concisa, verdadeira, ordenada e legível, toda a atuação médica e/ou auxiliar, relacionada com o atendimento do terceiro, como também todos os dados obtidos sobre o mesmo e de seu estado clínico, realizando anamnese, hipótese diagnóstica e definitivas, indicações, evolução e epícrise, em todos os casos.**
- 1.1.4. O Prontuário deverá conter um TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO prévio à Intervenção ou tratamento ao terceiro, que permita provar que o terceiro e/ou quem o representou entendeu o que foi explicado por seu médico, e que deverá também estar subscrito pelos profissionais intervenientes.**
- 1.1.5. Todo profissional com qualificação superior ou técnica para a área de saúde, em exercício de sua função e/ou especialidade dentro do Estabelecimento Segurado, deve apresentar à Direção Clínica seu Título Profissional e Certificado de Especialização, provando estar apto a desenvolver as atividades para as quais se encontre efetivamente habilitado.**

1.2. Equipamentos e Pessoal.

- 1.2.1. O Segurado deverá contar com pessoal em qualidade e quantidade suficientes, para o correto cumprimento das normas sanitárias e de saúde em vigor.**
- 1.2.2. Todos os setores do Estabelecimento Segurado devem possuir os elementos necessários para atuar rapidamente ante uma emergência médica, bem como pessoal capacitado para desempenhar corretamente sua função e/ou especialidade, inclusive material de reanimação para emergências cardiorrespiratórias.**
 - 1.2.2.1. Em caso de consultórios que efetuem exames específicos, deverão contar com material de reanimação para atuar em emergências**

cardiorrespiratórias, devendo o pessoal designado estar capacitado para desenvolver, corretamente, os procedimentos necessários.

- 1.2.3. No caso de o consultório/clínica realizar cirurgias ambulatoriais, o mesmo deverá ter a habilitação correspondente.

CLÁUSULA 28 - PERDA DE DIREITO

1. O segurado perderá o direito a indenização quando agravar intencionalmente o risco.
2. Além dos casos previstos em lei, a Seguradora ficará isenta de qualquer obrigação prevista no seguro quando, o Segurado, seu representante legal ou o seu corretor de seguros fizer declarações inexatas, falsas ou incompletas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, hipótese em que ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.
 - 2.1. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:
 - I - Na hipótese de não ocorrência de sinistro:
 - a) cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.
 - II - Na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:
 - a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou
 - b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível ou deduzi-la do valor a ser indenizado, e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.
 - III - na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.
3. O segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado, pela sociedade seguradora, que silenciou de má-fé.
 - 3.1. A sociedade seguradora, desde que o faça nos quinze (15) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo segurado, poderá, mediante comunicação formal:
 - a) cancelar o seguro;
 - b) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou
 - c) cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

- 3.2. No caso do cancelamento do contrato, só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio calculada proporcionalmente ao período a decorrer.
- 3.3. Na hipótese de continuidade do seguro, a sociedade seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.
4. Sem prejuízo do que consta nesta e nas demais cláusulas destas condições gerais, bem como nas condições especiais, e ainda no que em lei esteja previsto, o Segurado perderá todo e qualquer direito com relação a este contrato nos seguintes casos:
- a) em caso de tentativa de obter benefícios ilícitos deste seguro;
 - b) fraude ou tentativa de fraude por parte do Segurado, simulando ou provocando sinistro, ou ainda agravando as consequências do mesmo, para obter indenização ou dificultar a sua elucidação;
 - c) uso do estabelecimento Segurado para fins diferentes da ocupação constante da apólice do seguro;
 - d) não cumprimento das obrigações convencionadas nesta apólice;
 - e) não cumprimento das medidas protecionais de riscos apresentadas formalmente pela Seguradora quando da aceitação do seguro, medidas estas que deverão constar das especificações da apólice;
 - f) adoção de práticas e procedimentos médicos não pertinentes à especialidade declarada na contratação do seguro.

CLÁUSULA 29 - CANCELAMENTO DO SEGURO

1. Este contrato poderá ser cancelado nos seguintes casos:
 - a) a pedido do Segurado, hipótese em que, podendo haver cobrança ou devolução de prêmio, este será calculado considerando os períodos do risco decorrido e a decorrer, com base na Tabela de Prazo Curto da cláusula “PAGAMENTO DO PRÊMIO”, destas condições gerais; para prazo não previsto nesta tabela, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior;
 - b) por iniciativa da Seguradora, desde que acordado com o Segurado, podendo haver cobrança ou devolução de prêmio com base em novo cálculo a ser feito considerando os períodos de risco decorrido e a decorrer, calculado pela forma “pro rata temporis”;
 - c) por falta de pagamento do prêmio, conforme previsto na cláusula “PAGAMENTO DO PRÊMIO”;
 - d) quando houver utilização integral do limite agregado previsto na apólice, por atos que o Segurado venha a ser responsável, assim entendido indenizações, acordos judiciais ou extrajudiciais, custas judiciais e honorários advocatícios, sem qualquer direito do Segurado a recuperação de prêmio relativo ao período que restaria.
2. Além das hipóteses acima, este seguro poderá ser cancelado, total ou parcialmente, em qualquer tempo, por acordo entre as partes contratantes.
3. Nos casos acima em que haja restituição de prêmio, o prazo para restituição pela Seguradora é de 30 (trinta) dias. Após este prazo, o valor a restituir fica sujeito aos juros de mora, além da atualização do seu valor.

CLÁUSULA 30 - SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

Paga a indenização, a Seguradora sub-roga-se, nos limites do valor respectivo, nos direitos e ações que competirem ao Segurado, contra o autor do dano. Salvo dolo, a sub-rogação não tem lugar se o dano foi causado pelo cônjuge do Segurado, seus descendentes ou ascendentes, consangüíneos ou afins. É ineficaz qualquer ato do Segurado que diminua ou extinga, em prejuízo da Seguradora, os direitos a que se refere esta cláusula.

CLÁUSULA 31 - PRESCRIÇÃO

Este contrato é regido pelo Código Civil Brasileiro e pelas normas específicas do seguro, aplicando-se lhe os prazos prescricionais determinados em lei.

CLÁUSULA 32 - FORO

As questões judiciais entre o Segurado e a Seguradora relacionadas a este contrato, se levadas a juízo, serão dirimidas no foro de domicílio do Segurado, ou beneficiários, conforme o caso, salvo quando negociado entre as partes foro diferente.

Cia. Excelsior de Seguros
