
CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO EXCELSIOR PROFISSIONAL DA SAÚDE (RCP)

Sumário

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO EXCELSIOR PROFISSIONAL DA SAÚDE (RCP)	2
CLÁUSULA 1 - DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	2
CLÁUSULA 2 - APRESENTAÇÃO	2
CLÁUSULA 3 - DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIOS DE TERMOS TÉCNICOS	2
CLÁUSULA 4 - OBJETIVO DO SEGURO	9
CLÁUSULA 5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	10
CLÁUSULA 6 - FORMA DE CONTRATAÇÃO	10
CLÁUSULA 7 - BASE DE CONTRATAÇÃO	10
CLÁUSULA 8 - LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL (LMI)	11
CLÁUSULA 9 - LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA DA APÓLICE (LMG)	12
CLÁUSULA 10 - LIMITE AGREGADO (LA)	12
CLÁUSULA 11 - COBERTURAS	12
CLÁUSULA 12 - RISCOS EXCLUÍDOS	14
CLÁUSULA 13 - ACEITAÇÃO DO RISCO	16
CLÁUSULA 14 - VIGÊNCIA	17
CLÁUSULA 15 - RENOVAÇÃO	18
CLÁUSULA 16 - ALTERAÇÃO DE RISCOS E VALORES	18
CLÁUSULA 17 - TRANSFERÊNCIA DE APÓLICE	19
CLÁUSULA 18 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES	19
CLÁUSULA 19 - PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS)	21
CLÁUSULA 20 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES CONTRATADOS	21
CLÁUSULA 21 - JUROS DE MORA	22
CLÁUSULA 22 - PAGAMENTO DO PRÊMIO	22
CLÁUSULA 23 - PERÍODO RETROATIVO DE COBERTURA	24
CLÁUSULA 24 - PRAZO ADICIONAL	24
CLÁUSULA 25 - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	26
CLÁUSULA 26 - OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	29
CLÁUSULA 27 - PERDA DE DIREITO	31
CLÁUSULA 28 - CANCELAMENTO DO SEGURO	32
CLÁUSULA 29 - SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS	33
CLÁUSULA 30 - PRESCRIÇÃO E CADUCIDADE	33
CLÁUSULA 31 - FORO	33

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO EXCELSIOR PROFISSIONAL DA SAÚDE (RCP)

CLÁUSULA 1 - DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1. O Plano **EXCELSIOR PROFISSIONAL DA SAÚDE (RCP)**, é um seguro de **Responsabilidade Civil Profissional**, destinado a garantir o pagamento de uma indenização nos casos em que o Segurado vier a ser responsabilizado civilmente, por ato ou omissão profissional; todos os valores estão expressos em reais; é regido pelas disposições contidas nestas condições gerais, bem como nas condições particulares da apólice.
2. A aceitação da proposta do 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 do 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 **EXCELSIOR PROFISSIONAL DA SAÚDE**, 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 GLOSSÁRIOS 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

1. **Apólice À Base De Ocorrência.** (occurrence basis): Tipo de contratação em que a indenização a terceiros, pelo segurado, obedece aos seguintes requisitos:
 - a) os danos ou o fato gerador tenham ocorrido durante o período de vigência

- da apólice; e
- b) o segurado apresente o pedido de indenização à seguradora durante a vigência da apólice ou nos prazos prescricionais em vigor.
2. **Apólice à base de reclamação ("claims made basis").** Tipo de contratação em que a indenização a terceiros, pelo segurado, obedece aos seguintes requisitos:
 - a) os danos ou o fato gerador tenham ocorrido durante o período de vigência da apólice, ou durante o período de retroatividade; e
 - b) o terceiro apresente a reclamação ao segurado durante a vigência da apólice, ou durante o prazo adicional, conforme estabelecido no contrato de seguro;
 3. **Apólice à base de reclamação ("claims made basis") com notificação.** Tipo de contratação em que a indenização a terceiros obedece aos seguintes requisitos:
 - a) os danos ou o fato gerador tenham ocorrido durante o período de vigência da apólice, ou durante o período de retroatividade; ou
 - b) o segurado tenha notificado fatos ou circunstâncias ocorridas durante a vigência da apólice, ou durante o período de retroatividade; e
 - c) na hipótese "a", o terceiro apresente a reclamação ao segurado durante a vigência da apólice, ou durante o prazo adicional, conforme estabelecido na apólice; ou
 - d) na hipótese "b", o terceiro apresente a reclamação ao segurado durante a vigência da apólice, ou durante os prazos prescricionais legais.
 4. **Apólice à base de reclamação ("claims made basis") com primeira manifestação ou descoberta.** Tipo de contratação em que a indenização a terceiros obedece aos seguintes requisitos:
 - a) os danos ou o fato gerador tenham ocorrido durante o período de vigência da apólice, ou durante o período de retroatividade; e
 - b) o terceiro apresente a reclamação ao segurado durante a vigência da apólice, ou durante o prazo adicional, conforme estabelecido na apólice; ou
 - c) o segurado apresente o aviso à sociedade seguradora do sinistro por ele descoberto ou manifestado pela primeira vez durante a vigência da apólice, ou durante o prazo adicional, conforme estabelecido na apólice.
 5. **Custos de Defesa:** Compreendem as custas judiciais ou de outros meios de solução de conflitos, os honorários advocatícios e periciais, assim como as despesas necessárias para apresentar a defesa e/ou os recursos do segurado, relativos a reclamações em seguros de responsabilidade civil, conforme o contrato de seguro.
 6. **Data Retroativa de Cobertura (DRC) ou data limite de retroatividade.** Data igual ou anterior ao início da vigência da apólice à base de reclamações, a ser pactuada pelas partes por ocasião da contratação inicial ou da renovação do seguro, e que marca o início do período de retroatividade da cobertura.
 7. **Fato gerador.** É qualquer acontecimento que produza danos, garantidos pelo seguro, e atribuídos, por terceiros pretensamente prejudicados, à responsabilidade do Segurado.
 8. **Limite agregado.** Data igual ou anterior ao início da vigência da apólice à base de reclamações, a ser pactuada pelas partes por ocasião da contratação inicial ou da renovação do seguro, e que marca o início do período de retroatividade da cobertura.
 9. **Limite Máximo de Garantia (LMG).** Limite máximo de responsabilidade da sociedade seguradora aplicado ao conjunto das coberturas do contrato de seguro.

10. **Limite máximo de indenização por cobertura contratada (LMI).** Limite máximo de responsabilidade da sociedade seguradora, por cobertura, relativo a reclamação ou série de reclamações de sinistros, decorrentes do mesmo risco garantido pelo contrato de seguro.
11. **Notificação.** Ato por meio do qual o tomador ou o segurado comunicam à sociedade seguradora, nos seguros à base de reclamações com notificações, exclusivamente durante a vigência da apólice, fatos ou circunstâncias, potencialmente danosos, ocorridos entre a data limite de retroatividade e o término de vigência da apólice, os quais poderão levar a uma reclamação no futuro.
12. **Período de retroatividade.** intervalo de tempo entre a data limite de retroatividade e a data de início de vigência de um seguro à base de reclamações.
13. **Prazo Adicional.** prazo extraordinário em que estarão cobertas as reclamações apresentadas ao segurado, por terceiros, contratado junto à sociedade seguradora, com ou sem cobrança de prêmio, conforme estabelecido no contrato de seguro.
14. **Reclamação.** Manifestação de terceiro, pedindo indenização ao segurado, alegando sua responsabilidade civil por ato possivelmente danoso;
15. **Tomador do Seguro.** É a pessoa física ou jurídica que contrata o seguro em benefício dos segurados e que se responsabiliza, junto à sociedade seguradora, a atuar em nome destes com relação às condições contratuais do seguro, inclusive no pagamento dos prêmios, comunicação sinistros e de suas expectativas.

II- Glossário de Termos Técnicos

1. **Aceitação ou Subscrição do Risco.** É o ato pelo qual a Seguradora aceita o seguro que lhe foi proposto.
2. **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.
3. **Âmbito Geográfico.** É o termo que determina o local para a abrangência da cobertura da apólice. Para fim deste seguro é **todo o território brasileiro**.
4. **Apólice.** Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).
5. **Ato Causador do Dano.** É uma ação ou omissão do Segurado que venha a acarretar um dano, presente ou futuro, a um 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**.
6. **Ato Ilícito Culposos.** 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.

7. **Ato Ilícito Doloso.** É a ação ou omissão voluntária, que viole o direito e cause dano a outra pessoa, ainda que exclusivamente moral.
8. **Aviso, Comunicação ou Notificação de Sinistro.** É a obrigação imposta ao Segurado, visando acautelar seus interesses, em comunicar a ocorrência do sinistro à Seguradora (**aviso de sinistro** ou **comunicação de sinistro**), ou de notificar um incidente com forte probabilidade de resultar em ação (**notificação de sinistro**).
9. **Beneficiário.** É a pessoa física a quem se destina a indenização em caso de sinistro.
10. **Boa Fé.** É a obrigação de agir dentro da lei e da veracidade. O contrato de seguro é de estrita boa fé entre as partes envolvidas.
11. **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.
12. **Cancelamento do Seguro.** É a rescisão antecipada do contrato de seguro, por acordo, por inadimplência ou pagamento de indenizações em que seja totalmente utilizado o limite máximo indenizável da cobertura (LMI) ou, quando superior, o limite máximo de garantia da apólice (LMG).
13. **Cobertura.** É a responsabilidade assumida pela Seguradora, quanto às garantias, limite máximo indenizável, riscos assumidos, vigência e âmbito geográfico de cobertura.
14. **Condições Contratuais.** Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.
15. **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.
16. **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. Este seguro não prevê condições especiais.
17. **Contrato de Seguro.** É o conjunto formado pela proposta, apólice, com suas condições particulares, eventuais endossos e condições gerais e/ou condições especiais.
18. **Corretor.** É a pessoa física ou jurídica legalmente autorizada a angariar e a intermediar contratos de seguro entre a Seguradora e o Segurado.
19. **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 clara de obter o resultado, embora tivesse assumido a possibilidade da ocorrência do risco.
20. **Dano.** É a lesão ao corpo ou à mente de um paciente (terceiro), que provoque deformidade, incapacidade de órgão, sentido ou função, danos psicofísicos, danos morais, ou morte.
21. **Danos Corporais.** São os danos e suas consequências diretas, causadas ao corpo humano.
22. **Danos Materiais.** São os danos que afetam e repercutem no patrimônio de terceiros.

- 23. Danos Morais.** São os danos que afetam o patrimônio psíquico ou a dignidade de uma pessoa, causando sofrimento psíquico, constrangimento, desconforto moral, etc., independentemente da ocorrência simultânea de danos materiais ou corporais, porém relacionados ao ato à omissão reclamado.
- 24. Data de Exigibilidade.** É a data a partir da qual incide atualização dos valores a serem pagos pela Seguradora ou recebidos do Segurado.
- 25. Documentos Contratuais.** A apólice, o certificado individual (nas apólices coletivas), e o endosso.
- 26. Dolo.** É a ação ou omissão voluntária, praticada com a intenção de produzir dano.
- 27. Download.** Ato de transferir (baixar) um ou mais arquivos de um servidor remoto para um computador local. É um procedimento muito comum e necessário quando o objetivo é obter dados disponibilizados na internet. Os arquivos para download podem ser textos, imagens, vídeos, programas entre outros.
- 28. Emolumentos.** São as despesas adicionais que a Seguradora cobra do Segurado, relativos aos encargos a que está sujeito o Seguro. É composto de custo de apólice e juros de fracionamento, quando cobrados, além do IOF.
- 29. Endosso.** Documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.
- 30. Evento.** É o ato causador do dano que possa resultar em uma ou mais reclamações. Termo que significa o mesmo que **sinistro**.
- 31. 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).
- 32. Foro.** Refere-se à localização do Órgão do Poder Judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos deste contrato.
- 33. 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).
- 34. Incidente.** É o fato ou circunstância relevante que possa acarretar reclamação futura, por parte de terceiros, podendo gerar, também, uma notificação do Segurado à Seguradora, também denominado fato gerador.
- 35. Garantia.** É a natureza da obrigação assumida pela Seguradora.
- 36. Indenização.** É o valor determinado referente ao prejuízo causado pelo Segurado, devido ao terceiro prejudicado, em decorrência de um evento coberto e até o limite máximo indenizável previsto na apólice.
- 37. 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 Brasileiro de Geografia e Estatística); em caso de extinção, será adotado o índice que o suceder.

38. **IOF.** É a sigla do Imposto sobre Operações Financeiras, que é um emolumento do seguro.
39. **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.
40. **Liquidação de sinistro.** É o ato final do processo de regulação do sinistro que consiste no pagamento ou não de indenização, ao Segurado.
41. **Má Fé.** É a ação ou omissão intencional de ferir a lei ou o contrato de seguro.
42. **Paciente.** É a pessoa que requer ou utiliza os serviços do Segurado. Todo paciente é um terceiro.
43. **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.
44. **Prazo Curto.** É a metodologia de cálculo baseada em tabela específica e aplicada ao período de tempo decorrido e a decorrer, em relação ao período de vigência da apólice.
45. **Prejuízo.** É o resultado de um dano material ou prejuízo financeiro que afete um paciente.
46. **Prêmio.** É o valor pago pelo Segurado à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade por um determinado risco.
47. **Prêmio adicional.** É o prêmio adicional cobrado em certos e determinados casos.
48. **Prêmio fracionado.** É o prêmio anual, dividido em parcelas, para efeito de pagamento.
49. **Prêmio líquido.** É o prêmio final cobrado do Segurado, deduzido os emolumentos.
50. **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.
51. **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.
52. **Prestação de Serviços à Saúde.** É o trabalho e serviço na área da Saúde, voltado ao atendimento físico e psíquico da pessoa humana, e ao atendimento físico de animais, tais como tratamento, consultas, exames, diagnósticos, cirurgias, etc..
53. **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, não se aplicando, em qualquer hipótese, rateio.
54. **“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.
55. **Procedimentos invasivos.** É o tratamento ou diagnóstico que envolve a inserção de um objeto ou equipamento dentro do corpo humano rompendo-o.

- 56. Proponente.** É a Pessoa Física 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.
- 57. Proposta.** – Documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro, abrangendo, no caso de contratação ou renovação de apólices coletivas, tanto a proposta de contratação formalizada pelo estipulante, como as propostas de adesão dos segurados individuais, podendo ainda, 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.
- 58. 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, avaliar a extensão do prejuízo decorrente. Antecede ao procedimento denominado liquidação do sinistro.
- 59. Reintegração do limite máximo indenizável.** É a recomposição do limite máximo indenizável em caso de sinistro que utilize parte deste limite. Para fim deste plano, é vedada a reintegração, devido à existência de limite agregado.
- 60. 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.
- 61. Reclamação.** É o pedido formal feito pelo reclamante ao Segurado, solicitando a reparação pecuniária em razão do dano sofrido pelo paciente.
- 62. Reclamante.** É a vítima ou terceiro que apresenta pedido de indenização ao Segurado.
- 63. 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.
- 64. Resseguro.** É a parcela do risco que a Seguradora repassa ao ressegurador, que é o IRB Brasil Re S/A.
- 65. Risco.** É o evento incerto cuja ocorrência independe da vontade das partes e previsto no contrato de seguro.
- 66. Segurado.** É a pessoa física com interesse legítimo que contrata o seguro para sua proteção.
- 67. 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, nestas condições.
- 68. Sentença judicial transitada em julgado.** É o termo jurídico que define a decisão emanada pelo Poder Judiciário contra a qual não se pode mais opor qualquer recurso.

- 69. Sinistro.** É o evento ou incidente de natureza involuntária e imprevista, que resulta em prejuízo a terceiros. O termo “evento” tem o mesmo significado de sinistro, nestas condições.
- 70. Sublimite.** É a redução do limite máximo indenizável em algum tipo de risco, com redução do prêmio, mediante opção do Segurado na contratação do Seguro.
- 71. Sub-rogação.** É o direito, previsto na lei (artigos 346 a 351 do Código Civil), que confere à Seguradora, que pagou a indenização ou assumiu a dívida do Segurado, de assumir também os direitos e ações deste contra terceiros eventualmente responsáveis ou corresponsáveis pelos danos causados pelo Segurado.
- 72. SUSEP – Superintendência de Seguros Privados.** É a autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de seguros no Brasil.
- 73. Tabela de Especialidades.** É a tabela inserida na Apólice, que indica os níveis de especialidades ou agrupamento de especialidades profissionais, para fixação das taxas de riscos. A base tarifária para taxação do risco é a da especialidade de maior risco, identificada na apólice como principal especialidade.
- 74. Tabela de Prazo Curto.** É a tabela dos 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.
- 75. Taxa.** É o percentual aplicado sobre o limite máximo indenizável para aferir o prêmio a ser pago pelo Segurado à Seguradora ou a ser restituído por esta em caso de endossos tais como, de redução de limite máximo indenizável e de redução de vigência.
- 76. 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 prepostos, cônjuge, ascendentes, descendentes, cunhados, genros, noras, sogro, sogra, primos de primeiro grau, sócios e empregados do Segurado. Para as especialidades na área de Veterinária, será considerado terceiro a pessoa física que, comprovadamente sofreu danos.
- 77. Vigência.** Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.
- 78. Vítima.** É o paciente (terceiro) que sofre dano decorrente da prestação do serviço do Segurado.

CLÁUSULA 4 - OBJETIVO DO SEGURO

1. Este seguro tem por objetivo garantir ao Segurado, até o limite máximo de garantia da apólice, observado o limite máximo indenizável (LMI) por sinistro, a indenização das reparações pecuniárias, pelas quais, o mesmo for responsabilizado por danos causados a terceiros e obrigado a indenizá-los, a título de reparação, por decisão judicial ou decisão em juízo arbitral, ou por acordo com os terceiros prejudicados, mediante a anuência da Seguradora, em virtude de ações ou omissões provocadas no exercício de suas atividades profissionais de prestação de serviços na área da saúde, desde que atendidas as disposições do contrato.

- 1.1. Garante também, observados os limites da apólice e independentemente de condenação, o pagamento de **honorários advocatícios, custas judiciais** e/ou **fiança** que o Segurado estiver obrigado a constituir.
- 1.2. Este seguro cobre também as despesas emergenciais efetuadas pelo segurado ao tentar evitar e/ou minorar os danos causados a terceiros, atendidas as disposições do contrato, até o seu Limite Máximo de Garantia.
2. São partes contratantes deste seguro, de um lado, o profissional da saúde, pessoa física, denominado Segurado, e de outro lado, a Cia. Excelsior de Seguros, denominada Seguradora.
3. O Segurado e a Seguradora são obrigados a guardar na conclusão e na execução deste contrato, a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes.

CLÁUSULA 5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

Este seguro responde, unicamente, por sinistro decorrente de ação ou omissão praticada pelo Segurado e reclamação feita **exclusivamente no território brasileiro**.

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 e notificação**, desde que respeitadas todas as definições e exclusões dispostas nestas condições, e que sejam verificadas, simultaneamente, todas as situações abaixo.
 - 1.1. **RECLAMAÇÃO: O sinistro somente estará passível de cobertura quando se verificarem ambas as situações seguintes:**
 - a) **as ocorrências de danos causados a terceiros sejam decorrentes de ações ou omissões do Segurado, durante o exercício de suas atividades de prestação de serviços na área da saúde e durante a vigência da apólice ou do período retroativo de cobertura, quando houver;**
 - b) **as reclamações por tais danos sejam apresentadas ao Segurado por terceiros reclamantes durante a vigência da apólice ou dos prazos adicionais (este, quando contratado), conforme disposições nestas condições gerais.**
 - 1.1.1. Será considerada como data do sinistro, a data do recebimento da RECLAMAÇÃO.
 - 1.2. **NOTIFICAÇÃO: 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, observado as condições a seguir:**
 - a) **os danos ou o fato gerador tenham ocorrido durante o período de vigência da apólice, ou durante o período de retroatividade; ou**

- b) o segurado tenha notificado fatos ou circunstâncias ocorridas durante a vigência da apólice, ou durante o período de retroatividade; e
- c) na hipótese "a", o terceiro apresente a reclamação ao segurado durante a vigência da apólice, ou durante o prazo adicional, conforme estabelecido na apólice; ou
- d) na hipótese "b", o terceiro apresente a reclamação ao segurado durante a vigência da apólice, ou durante os prazos prescricionais legais.

1.2.1. A notificação deverá dar-se exclusivamente durante a vigência da apólice e tão logo o Segurado tome conhecimento dos fatos ou circunstâncias, potencialmente danosos, ocorridos entre a data limite de retroatividade e o término de vigência da apólice, os quais poderão levar a uma reclamação no futuro.

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. Em caso de reclamação apresentada contra pessoa jurídica em cujo estabelecimento o Segurado tenha prestado o serviço que a resultou, este deverá NOTIFICAR o fato à Seguradora, para salvaguardar seus direitos.

1.2.4. Será considerada como data do sinistro, a data do recebimento da NOTIFICAÇÃO.

CLÁUSULA 8 - LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL (LMI)

1. O limite máximo indenizável (LMI) indicado na apólice, representa o valor máximo de responsabilidade da Seguradora por evento, respeitados, ainda, o limite máximo de garantia da apólice (LMG) e o limite agregado (LA), além do sublimite, no caso de danos morais.

1.1. Todos os prejuízos e despesas decorrentes de um mesmo evento (um mesmo ato ou omissão) serão considerados como um único sinistro, qualquer que seja o número de reclamantes envolvidos.

2. Cabe exclusivamente ao Segurado a escolha do limite máximo indenizável (LMI) em cada cobertura, respeitadas as limitações de valores disponíveis no plano.

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.

3.1. Essa condição também se aplica ao caso de aumento do sublimite de danos morais, previsto na cláusula 11 destas condições gerais.

4. Em caso de alteração de 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; para este plano será sempre igual a 100% (cem por cento) do LMI.
2. No caso da soma de indenizações por um mesmo sinistro, atingir o LMG, a apólice será cancelada.

CLÁUSULA 10 - LIMITE AGREGADO (LA)

1. Além do limite máximo indenizável (LMI) e do limite máximo de garantia da apólice (LMG) **este seguro está sujeito ao limite agregado (LA), que 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. O percentual do limite agregado incide sobre o limite máximo indenizável.
 2. O limite agregado deste seguro é, originalmente, igual a 100% (cem por cento) do limite máximo indenizável da apólice.
 - 2.1. Mediante o pagamento de prêmio adicional, **o Segurado poderá optar por limite agregado superior ao limite máximo indenizável**, conforme as opções disponíveis no plano de comercialização da data da contratação do seguro.
 - 2.1.1. Havendo a contratação de limite agregado superior a 100% do limite máximo indenizável, a Seguradora fará constar da apólice o limite escolhido pelo Segurado.
 3. A cada sinistro, o limite agregado irá se reduzindo pelo valor do sinistro, ocorrendo o cancelamento automático da apólice, sem qualquer restituição de prêmio, quando este limite se esgotar, o que se dará quando a soma das indenizações e demais gastos e/ou despesas amparadas pelo seguro, atingir o seu limite.
 4. 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.
 5. É vedada a reintegração do limite agregado.

CLÁUSULA 11 - COBERTURAS

1. Estas condições preveem cobertura única para riscos de **danos corporais, danos materiais e danos morais**, quando:

- a) decorrentes de **ações** ou **omissões** cometidas pelo Segurado no exercício das especialidades declaradas pelo Segurado e constantes da apólice que resultem em decisão judicial ou decisão em juízo arbitral, ou em acordo com os terceiros prejudicados, mediante a anuência expressa da Seguradora e desde que atendidas as disposições do contrato;
- b) **reclamados** nas esferas **cível**, **criminal** ou **administrativa**, ou, ainda, quando **notificados**, nas formas previstas nestas condições contratuais.

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 danos ao paciente.

2. Despesas cobertas. Além das indenizações por decisão judicial ou decisão em juízo arbitral, ou em acordo com os terceiros prejudicados, mediante a anuência expressa da Seguradora, também estão cobertas, dentro dos limites previstos na apólice, as despesas abaixo:

- a) **custas judiciais** relativas a ações cíveis, das quais advenha responsabilidade amparada por este contrato de seguro;
- b) **honorários advocatícios** relativos aos advogados nomeados de comum acordo com a Seguradora;
- c) **fiança** que o Segurado venha a ser obrigado a pagar em decorrência de determinação judicial, para que possa responder o processo criminal em liberdade, **desde que sua detenção tenha sido realizada e caracterizada legalmente como prisão em flagrante; fica, contudo, entendido e acordado que esta indenização somente servirá à primeira detenção do Segurado referente a um mesmo processo;** e
- d) **penas pecuniárias** aplicadas por órgãos de defesa do consumidor, decorrente da atividade profissional objeto deste contrato.

3. Riscos Excluídos. São os mesmos riscos previstos na Cláusula “RISCOS EXCLUÍDOS” destas Condições Gerais.

4. Limite máximo indenizável (LMI). Será de livre escolha do Segurado, conforme a Cláusula “LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL (LMI)”, respeitados o plano de comercialização da Seguradora na data da contratação.

4.1. Sublimite. Mediante opção do Segurado, na contratação do seguro, com redução do prêmio e ratificação na apólice, **as indenizações por danos morais serão restritas ao percentual escolhido** conforme o plano de comercialização da data da contratação do seguro.

5. São condições necessárias para o Segurado pleitear a cobertura, sem prejuízo das demais disposições da apólice:

I - que o terceiro apresente a reclamação ao Segurado:

- a) durante o período de vigência da apólice;
- b) durante os prazos adicionais, quando cabível;

II - que as reclamações estejam vinculadas a danos ocorridos durante a vigência da apólice, ou durante o período retroativo de cobertura.

CLÁUSULA 12 - RISCOS EXCLUÍDOS

1. Salvo disposições em contrário contidas nas Condições Particulares especificadas na apólice, este contrato não cobre reclamações decorrentes, direta ou indiretamente, de:
 - a) reclamação relativa à gestão do Segurado na condição de sócio, administrador ou diretor médico, de qualquer empresa de prestação de serviços na área da saúde, ressalvadas os casos em que a reclamação decorreu de ato ou omissão individual do Segurado, como profissional da saúde no exercício de especialidade indicada na apólice;
 - b) quaisquer danos causados por prestação de serviços e/ou tratamento decorrente de especialidade não declarada pelo Segurado, quando esta for considerada de risco superior à especialidade indicada na apólice como sendo a principal, que serviu de base à taxação para apuração do prêmio, conforme a Tabela de Especialidades indicada na apólice, exceto nos casos em que a prestação do serviço de especialidade não declarada tenha ocorrido em situações emergenciais, nas quais havia risco de vida para o paciente;
 - c) atos praticados que não tenham relação direta com a prestação de serviços à saúde dos terceiros;
 - d) 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;
 - e) 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;
 - f) 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 ou decisão em juízo arbitral, seja obrigado a quebrar seu sigilo;
 - g) atos médicos ou intervenções cirúrgicas proibidas por leis específicas ou normas técnicas ou administrativas;
 - h) 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, acordos prévios ou expectativas de resultado, efeitos ou êxito determinado e concreto;
 - i) 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;
 - j) enfermidades genéticas no caso em que se determine que elas tenham sido causadas por uma manipulação genética por parte do Segurado;
 - k) atos ilícitos dolosos ou culpa grave equiparável ao dolo, quando praticado pelo Segurado;
 - l) atos praticados e fatos ocorridos que sejam amparados por apólices contratadas em outras Seguradoras com início de vigência anterior ao desta apólice, desde que a Excelsior Seguros não tenha sido avisada pelo Segurado;
 - m) transmutações nucleares quando não derivarem do uso terapêutico da energia nuclear;

- n) não obstante o que em contrário possam dispor as condições gerais, especiais e/ou particulares do presente seguro, fica entendido e concordado que, para efeito indenitário, 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.
- o) danos produzidos pela existência e/ou utilização de aparelhos bem como pela 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;
- p) danos originados por ato realizado pelo Segurado, 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, sempre que estes se desenvolvam de acordo com as normas e padrões emanados das autoridades competentes, Sociedade Brasileira de Hemoterapia Imunohematologia, e sempre que as referidas atividades e/ou operações forem realizadas em benefício de um terceiro, com prévio consentimento escrito de sua parte;
- q) 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;
- r) danos decorrentes de reclamações referentes ao uso e conservação do imóvel no qual o Segurado exerce suas atividades profissionais;
- s) reclamações feitas por terceiros e/ou seus representantes contra o Segurado, relacionadas a pedidos de reembolso de honorários profissionais já pagos, mesmo quando decorrentes de risco coberto por esta apólice;
- t) danos estéticos subjetivos, ou sejam, aqueles que não se enquadrem no conceito de danos objetivos abaixo:
 - t.1) entende-se como dano objetivo, os casos cujos resultados sejam bizarros, facilmente notados por outras pessoas, bem como os envolvendo partes pares do corpo humano quando uma está diferente, em tamanho ou forma, em relação à outra, o suficiente para ser notada por outras pessoas.
- u) atos ou atribuições praticados e/ou delegados a outros profissionais;
- v) responsabilidade sobre procedimento médico que indicou mas do qual não executou ou participou da execução;
- w) danos causados por receitas ou atestados secretos ou ilegíveis, assim como assinaturas em branco em folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos;
- x) danos ou perdas por deixar de esclarecer o paciente sobre as determinações sociais, ambientais ou profissionais de sua doença;
- y) danos ou perdas em que praticar ou indicar atos médicos proibidos pela legislação do País;
- z) danos por descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgão ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento, não reconhecidos pelo Conselho Regional de Medicina ou Órgãos Legais Pertinentes;
- aa) danos ou perdas por atos em que deixou de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente;
- bb) danos por não cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos conselhos federais e regionais da área de atuação, e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações, no prazo determinado;

- cc) atos médicos realizados com aparelhos, equipamentos ou materiais não reconhecidos pela ciência médica, exceto aqueles autorizados especialmente por escrito pelo paciente e pela Seguradora no contrato de seguro;
- dd) atos ou intervenções cirúrgicas praticados por profissional sem a devida especialização, segundo as normas e regulamentações técnicas e administrativas vigentes à época dos fatos, exceto nos casos emergenciais, em que exista risco de vida para o paciente;
- ee) 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;
- ff) quaisquer danos causados a terceiros por qualquer prestação de serviços e/ou tratamento não informados à Seguradora;
- gg) reclamações decorrentes de atos praticados que não tenham relação direta com a prestação de serviços à saúde dos terceiros;
- hh) danos por poluição, bem como os gastos ou custos dela resultantes ou sua defesa, mesmo que decorrente de riscos cobertos; e
- ii) danos causados em decorrência de prescrição errada de outro profissional da saúde.

CLÁUSULA 13 - ACEITAÇÃO DO RISCO

1. A contratação deste seguro, alteração ou a renovação não automática, deverá ser feita por meio de proposta e questionário preenchido pelo Segurado 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, assinada pelo proponente, seu representante ou seu Corretor de seguros desde que por expressa solicitação de qualquer um dos anteriores.
 - 1.1 Cabe à Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora do seu recebimento.
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 esta Seguradora não se manifeste no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados a partir do recebimento da mesma.**
3. A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto para aceitação, 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. A Seguradora comunicará ao proponente, por escrito, a aceitação ou não da Proposta de Seguro, especificando o motivo da recusa, quando for o caso. A emissão e o envio da apólice ou certificado individual dentro do prazo acima substitui a manifestação expressa de aceitação da proposta pela seguradora.
7. A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre, devendo constar na proposta o critério de aceitação:
 - I - a data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;
 - II - a data de emissão da apólice ou certificado individual com conseqüente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou
 - III - a data de término do prazo previsto no item 2. acima, quando caracterizada a aceitação tácita da proposta, conforme especificado no item 2.1 desta.
8. A cobrança total ou parcial de prêmio antes da aceitação da proposta somente será admitida em caso de oferecimento de cobertura provisória ao proponente, para sinistros ocorridos no período de análise da proposta, e desde que expressamente prevista nas condições contratuais e solicitada pelo proponente na proposta.
 - 8.1 No caso de aceitação da proposta, a seguradora poderá considerar o período de cobertura provisória como de efetiva vigência, desde que haja tal previsão nos documentos contratuais.
 - 8.2 Em caso de recusa do risco, em que tenha havido cobertura provisória, a restituição será realizada no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa da proposta, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
 - 8.3 Se a restituição for feita posteriormente ao prazo máximo estabelecido no item 8.2 acima, a restituição estará sujeita à atualização e juros de mora, conforme estabelecido na Cláusula “ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES DECORRENTES DESSE CONTRATO”.
9. 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.
10. **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, nos termos apresentados no item 8 acima.
11. A emissão da apólice ou do endosso, será feita em até 15 (quinze) dias a partir da data da aceitação da proposta. Em caso de utilização de meios remotos na emissão de documentos contratuais, será garantido a possibilidade de impressão ou download do documento pelo cliente.

CLÁUSULA 14 - VIGÊNCIA

1. Este seguro vigorará por um ano, desde que os prêmios tenham sido pagos nos prazos devidos. A apólice e os endossos terão seu início e término de vigência às 24:00 hrs (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 um ano.

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, 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. Havendo renovações sucessivas e ininterruptas, nesta Seguradora, de apólices à base de reclamação, será mantido o período retroativo de cobertura desde o da primeira apólice.
6. 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.

CLÁUSULA 16 - ALTERAÇÃO DE RISCOS E VALORES

1. Alterações deste contrato de seguro somente poderão ser feitas 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.
 - 1.1. A Seguradora deverá fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique o recebimento da proposta, com indicação da data e hora de recebimento.
 - 1.2. Após a análise técnica necessária, a Seguradora emitirá o endosso correspondente, fato que poderá gerar, cobrança de prêmio adicional ou restituição parcial do prêmio cobrado, com base no período de vigência restante.
2. O Segurado, em qualquer tempo, poderá solicitar emissão de endosso, para alteração de limite máximo indenizável ou de limite agregado, ficando a critério da Seguradora sua aceitação, ou não, e alteração do prêmio, quando couber.
3. **Quando a especialidade de maior risco, indicada na apólice, for modificada, para risco superior ou inferior, o Segurado deverá informar o fato à Seguradora, tão logo tenha conhecimento, para que esta faça análise do novo risco, o que resultará em endosso indicando a nova especialidade de maior risco, com cobrança ou devolução de prêmio.**
 - 3.1. Protocolada a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para analisar o novo risco e apresentar sua deliberação em função do acima disposto. Após este prazo, não havendo qualquer manifestação da Seguradora, esta perderá o direito a qualquer cobrança adicional ou cancelamento da apólice, em decorrência da constatação de risco agravado, sendo, então, considerado o novo risco como similar ao anterior.

- 3.2.** 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.
- 3.3.** Em caso de decisão de cancelar o risco agravado, informado pela Seguradora dentro de 15 (quinze) dias após o comunicado do Segurado, o cancelamento do contrato terá vigência somente 30 (trinta) dias após o comunicado expresso da Seguradora, devendo ser restituída a eventual diferença de prêmio.
- 4.** 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.** 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.
 - 5.1.** O prazo para recebimento do prêmio fica a critério da Seguradora, não podendo exceder a 30 (trinta) dias da emissão do endosso e tampouco resultar em data inferior a 30 (trinta) dias antes do término de vigência da apólice. Após este prazo, não havendo o pagamento, o endosso será cancelado conforme a cláusula “PAGAMENTO DO PRÊMIO”.
- 6.** Serão usadas as seguintes metodologias de cálculos dos prêmios decorrentes de alterações de riscos e valores:
 - a) nos casos de aumento de limite máximo indenizável e/ou de limite agregado, por iniciativa do Segurado, bem como, de aumento da taxa de risco por mudança de especialidades do Segurado, os prêmios serão calculados com base na tabela de prazo curto;
 - b) nos casos de redução de limite máximo indenizável e/ou de limite agregado, por iniciativa do Segurado, bem como redução de taxa de risco por mudança do quadro de especialidades do Segurado, os prêmios serão calculados na forma “pro rata temporis”;

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 adicional e, quando contratado, o prazo adicional, previstos nestas condições gerais.
 - 2.1.** Em caso de reclamação de sinistro ocorrida nos prazos adicional, 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 adicional 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. O prejuízo total relativo a qualquer sinistro amparado por cobertura de responsabilidade civil, cuja indenização esteja sujeita às disposições deste contrato, será constituído pela soma das seguintes parcelas:
 - a) despesas, comprovadamente, efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência de danos a terceiros, com o objetivo de reduzir sua responsabilidade;
 - b) valores das reparações estabelecidas em decisão judicial ou decisão em juízo arbitral 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, indicada na apólice, aplicável aos prejuízos e/ou despesas indenizáveis em cada reclamação ou em cada conjunto de reclamações decorrentes de um mesmo evento.**
 - 1.1. **Caso ocorram sinistros em que os pagamentos fiquem restritos aos honorários advocatícios e, sendo estes pagos pela Seguradora, esta deverá ser reembolsada pelo Segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, do valor que representar a sua participação obrigatória, contado, este prazo, do pedido formal da Seguradora. Ultrapassado este prazo, o valor devido será acrescido de atualização monetária e juros de mora.**

CLÁUSULA 20 - ATUALIZAÇÃO DE 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. O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros de mora far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

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 decisão judicial ou decisão em juízo arbitral ou ainda em acordo judicial ou extrajudicial, mais os acréscimos legais, no caso de pagamento feito diretamente pela Seguradora ao terceiro;**
 - b) a data do efetivo dispêndio pelo Segurado, para as coberturas correspondentes a reembolso de indenizações ou despesas efetuadas.

CLÁUSULA 21 - JUROS DE MORA

Este contrato prevê juros 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. Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte, em que houver expediente bancário.
3. **Pagamento do prêmio à vista.**
 - 3.1. A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia da emissão da apólice ou dos 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

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

4.3.1. Quando o percentual do prêmio pago em relação ao prêmio total da apólice não estiver previsto nessa tabela, será adotado o imediatamente superior, para obtenção do prazo de vigência (quantidade de dias de vigência).

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 de parcelamento indicados na apólice referentes ao período em 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 a 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 do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, 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 deverão 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

1. Havendo renovações sucessivas na mesma Seguradora, esta fará constar, obrigatoriamente, em cada apólice emitida, a **data retroativa de cobertura** relativa à primeira de uma série de apólices renovadas ininterruptamente, **que define o início do período retroativo de cobertura** que garante ao Segurado as **ocorrências** verificadas entre esta data e o início de vigência da apólice.
2. Assim, estarão cobertos os sinistros **ocorridos durante o período retroativo de cobertura ou durante a vigência da apólice**, desde que **reclamados durante a vigência da apólice, prazo adicional**, este, se contratado.

CLÁUSULA 24 - PRAZO ADICIONAL

1. O Segurado terá direito a um Prazo Adicional para a apresentação de Reclamações por parte de Terceiros, conforme as regras a seguir dispostas.
2. O Prazo Adicional é o período adicional, de contratação opcional pelo Tomador, mediante o eventual pagamento de um Prêmio adicional conforme indicado na Especificação, durante o qual o Terceiro prejudicado poderá apresentar Reclamação contra o Segurado, desde que decorrentes de Atos Danosos ocorridos durante o Período de Vigência ou, durante o Período de Retroatividade, se aplicável.
3. Observado o disposto no item 1 acima, o Tomador poderá contratar um Prazo Adicional de duração previsto na Especificação ou em Endosso, o qual será contado a partir do término do Período de Vigência, nas seguintes hipóteses:
 - a) Se o seguro não for renovado;
 - b) Se o seguro à base de reclamações for transferido para outra sociedade seguradora que não admita, integralmente, o Período de Retroatividade da Apólice precedente;

- c) Se o seguro for transformado em um seguro à base de ocorrência ao final de sua vigência, na mesma sociedade seguradora ou em outra;
- d) Se o seguro for extinto, desde que a extinção não tenha ocorrido por determinação legal, por falta do pagamento do Prêmio ou por esgotamento do Limite Máximo de Garantia da Apólice, com o pagamento de Indenizações.
4. O Prazo Adicional não se aplica àquelas coberturas cujo Limite Agregado ou Limite Máximo de Indenização por Cobertura Contratada tenha sido atingido.
5. O Prazo Adicional poderá ser contratado, desde que o Tomador exerça o direito de contratação e efetue o pagamento do Prêmio adicional referido na Especificação dentro do prazo de 30 (trinta) dias antes do término do Período de Vigência.
6. O Prazo Adicional se aplica às coberturas previamente contratadas e que não foram incluídas na renovação do seguro, desde que estas não tenham sido extintas por determinação legal, ou por falta de pagamento do Prêmio.
7. O Prazo Adicional não resultará, em qualquer hipótese, na prorrogação do Período de Vigência ou dos prazos prescricionais em vigor.
8. Em caso de não renovação da apólice, nesta Seguradora, será concedido, automaticamente, um prazo adicional, sem cobrança de qualquer prêmio adicional.
9. 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 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, conforme apresentado nesta cláusula.
10. Após este período, poderá ser concedido novo prazo adicional, mediante pagamento de prêmio adicional, podendo ser de mais 1 (um) ou mais 2 (dois) anos, conforme definição do Segurado e indicação no endosso de cobrança do prêmio correspondente.
- 10.1 A Seguradora emitirá endosso cobrando o prêmio e validando a contratação desta extensão de prazo para reclamações;
- 10.2 Para a definição do prêmio adicional do prazo adicional de mais 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.
- 10.3 Para a tabela acima, cada fração de ano será considerada ano inteiro.
- 10.4 Já o prêmio adicional do prazo adicional de mais 1 (um) ano, corresponderá a 2/3 (dois terços) do prêmio calculado para a opção de dois anos.
11. Os prêmios dessa cláusula especial serão pagos à vista.

12. 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.
13. Qualquer indenização por conta desse prazo estará sempre limitada ao valor do limite agregado vigente na data da reclamação.

CLÁUSULA 25 - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

1. Condições básicas.

- 1.1. Qualquer medida, civil, administrativa ou criminal, contra o Segurado, inclusive intimações para ser ouvido em declarações e inquérito policial, deverá ser imediatamente comunicada a Seguradora, antes mesmo da realização de qualquer ato processual e/ou administrativo na esfera civil ou criminal, e ainda respeitados os prazos de comunicação estabelecidos na apólice.
 - 1.1.1. A comunicação feita pelo Segurado, deverá estar acompanhada da cópia da notificação, citação e/ou intimação por ele recebida, além de todos os documentos que ele possua, pertinentes ao evento.
- 1.2. Sempre que a Seguradora designar advogados para defender o Segurado, este, quando julgar conveniente, poderá sugerir outros advogados para substituir os indicados pela Seguradora. Nesta situação, não havendo acordo entre as partes, prevalecerá a decisão da que tiver maior responsabilidade na indenização, considerando o valor reclamado e os limites disponíveis na apólice.
 - 1.2.1. Quando a defesa for realizada por advogados designados pelo Segurado, fica entendido que a Seguradora reembolsará as despesas proporcionalmente à sua participação na indenização reclamada e de acordo com a tabela da AMB (Associação Médica Brasileira) e da OAB (Ordem dos Advogados do Brasil), do Estado onde se estabelecer o foro, pelos valores vigentes na época da reclamação.
- 1.3. A Seguradora, para efeitos desta apólice assumirá, ou não, a defesa do Segurado, informando ao mesmo no prazo máximo e improrrogável de 72 (setenta e duas) horas, a contar do recebimento da documentação pertinente, sendo que na hipótese de não manifestação da Seguradora neste prazo, fica entendido que esta assumiu o encargo da defesa do Segurado.
 - 1.3.1. Caso a Seguradora não assuma o encargo da defesa do Segurado, este último deverá providenciar sua representação, mantendo a Seguradora informada de todo andamento dos processos e inquérito.
 - 1.3.2. O fato de a Seguradora assumir a defesa do Segurado no juízo civil ou criminal, implica na aceitação da responsabilidade do primeiro em relação a suas obrigações e limites estabelecidos nesta apólice.
- 1.4. **Na hipótese de a Seguradora, no transcorrer da defesa do Segurado, tomar conhecimento de fatos ou atos do Segurado, que representem perda do direito à indenização deste, a Seguradora declinará do encargo das defesas judiciais, comunicando a decisão imediatamente ao Segurado.**

- 1.5. Na hipótese de serem deferidas medidas cautelares que impliquem em arresto, sequestro, penhora, indisponibilidade de bens do Segurado, ou ainda, obrigação de pagamento antecipada, este não poderá exigir que a Seguradora substitua as garantias ou efetue pagamentos antecipados.
- 1.6. Se a Seguradora participar da defesa penal, as despesas a seu cargo se limitarão aos honorários dos profissionais que designou para tal efeito, excluindo as multas e outros encargos devidos.
- 1.7. Na hipótese de a Seguradora declinar a sua defesa, por razões operacionais, o Segurado poderá contratar profissionais médicos (peritos) ou advogados de sua confiança, com direito ao reembolso de todas as despesas e/ou honorários decorrentes da intervenção judicial ou extrajudicial dos mesmos, sendo reembolsado de acordo com a tabela da AMB (Associação Médica Brasileira) e da tabela da OAB (Ordem dos Advogados do Brasil) relativa ao Estado onde transcorrer o processo, vigentes na época da reclamação, observado sempre os limites da apólice, no somatório da indenização, despesas e honorários.
- 1.8. Na hipótese de a Seguradora assumir a defesa judicial nomeando profissionais de sua confiança, em substituição àqueles inicialmente contratados pelo Segurado, ficarão a cargo deste último todas as despesas extraordinárias necessárias a corrigir as deficiências técnicas causadas pelos próprios profissionais por ele contratados.
- 1.9. A Seguradora poderá, em qualquer tempo, declinar da defesa na esfera civil ou criminal do Segurado, devendo, entre tanto, comunicar este último, por escrito, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias.
- 1.10. A declinação da defesa por parte da Seguradora não a exime de sua responsabilidade de indenizar, segundo as condições e limites da apólice.
- 1.11. Se a Seguradora entender que a responsabilidade do sinistro, total ou parcialmente, é do Segurado, e a quantia reclamada superar os limites da apólice, somente poderá realizar acordo, judicial ou extrajudicial, com a devida e expressa anuência do Segurado.
 - 1.11.1. Nessa hipótese ficará à disposição do Segurado o limite máximo indenizável, ou o que restar do limite agregado, podendo este, inclusive, pagar tal quantia a um terceiro reclamante, sempre que existir uma decisão judicial que assim o disponha.

2. Procedimentos do Segurado em caso de reclamação.

- 2.1. 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, 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 aos documentos e 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 de processos cíveis e criminais, que tratem dos riscos cobertos por esta apólice.

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

- a) relato detalhado do fato;
- b) cópia da notificação, citação e/ou intimação, além de todos os documentos que ele possua, pertinentes ao evento;
- c) cópia da Carteira de Identidade, do CPF e do documento do Conselho da classe, com a data de início do exercício da atividade profissional;
- d) cópia do prontuário do paciente, atualizado para aquele mês da ocorrência ou fato omissivo ou comissivo motivador da Ação Civil
- e) cópia do Boletim de Ocorrência Policial e/ou Laudo de Exame de Médico-Pericial do Instituto Médico-Legal ou Particular, se houver;
- f) 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;
- 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 os advogados designados, tanto na esfera cível como na criminal.

3. Procedimentos do Segurado em caso de NOTIFICAÇÃO.

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

4. Liquidação do sinistro.

4.1. A condição básica deste seguro é a de reembolso, podendo, contudo, haver o pagamento direto ao terceiro, a critério da Seguradora e mediante entendimento expresso com o Segurado.

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

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

4.4. A liquidação de sinistro coberto por este contrato, processar-se-á conforme as seguintes regras:

- a) fixada a indenização devida, seja por decisão judicial ou decisão em juízo arbitral, ou ainda por acordo judicial ou extrajudicial, a Seguradora efetuará o reembolso ou 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 do limite máximo indenizável, 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.

5. Prazo para pagamento.

- 5.1. Em caso de indenização em razão do Segurado ter cumprido sentença condenatória, 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, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 5.2. Em caso de sinistro que dependa de regulação pelo Ressegurador, o prazo acima ficará interrompido enquanto não houver a autorização deste.
- 5.3. 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.
- 5.4. 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 5.1 acima.
- 5.5. 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.

6. Sinistros decorrentes de procedimentos sucessivos.

- 6.1. 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 26 - 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. Obrigações relativas a sinistros:

- a) comunicar imediatamente à Seguradora, qualquer ato, fato, carta, citação, intimação, reclamação, demanda, ou documento que se relacione com sinistro coberto por este contrato;
- b) fornecer, em qualquer tempo, toda a documentação e informação solicitada pela Seguradora, relacionada com o sinistro, bem como, documentos necessários e antecedentes que dispuser para sua defesa, colaborando com os advogados designados;
- c) não reconhecer responsabilidade alguma perante terceiros, por qualquer evento que possa gerar uma reclamação, nem celebrar transações e/ou acordos, sem a devida e específica autorização, por escrito, da Seguradora;
- d) autorizar a Seguradora a assumir sua defesa e condução dos processos cíveis e criminais, que tratem dos riscos cobertos, por esta apólice.

1.2. Obrigações relativas à manutenção preventiva de documentos:

- a) zelar e manter em bom estado de conservação e segurança todos os documentos relacionados com a atividade exercida pelo Segurado, inclusive prontuários, documentos fiscais e técnicos, comunicando à Seguradora, por escrito, qualquer situação que possa levar a perda, destruição ou deterioração, total ou parcial, dos citados documentos;
- b) ter adequado registro do seu atendimento através do prontuário do paciente do seu consultório;
- c) ter os demais documentos que compõem o prontuário do paciente, como protocolos cirúrgico e anestésico, registros de monitoração cardiológica intraoperatória, fetal e/ou resultado dos estudos complementares transcritos ou anexados ao prontuário;
- d) descrever, de forma concisa, verdadeira e ordenada, toda sua atuação médica, odontológica e/ou auxiliar da medicina, relacionada com o atendimento do paciente, como também todos os dados objetivos sobre este e seu estado clínico, realizando anamnese, diagnósticos, indicações, evolução, epícrise e fechamento do prontuário do paciente em todos os casos;
- e) ter no prontuário, um TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, prévio à intervenção ou tratamento do paciente, que permita provar que este e/ou quem o representou entendeu o que foi explicado pelo Segurado.

1.3. Outras obrigações:

- a) dar imediata ciência à Seguradora, da contratação ou da rescisão de qualquer outro seguro, referente aos mesmos riscos previstos neste contrato;
- b) respeitar, cumprir e praticar efetivamente as normas e procedimentos técnicos obrigatórios previstos neste contrato de seguro, que representam condições de prevenção do risco de perdas econômicas, financeiras, patrimoniais e de prestígio profissional para efeito de preservação dos seus direitos;
- c) permitir à Seguradora a prática de auditoria médico-legal na documentação clínica e demais documentos relacionados com o atendimento ao paciente, assim como a aplicação, utilização e documentação do processo de consentimento

informado, antes da aceitação da proposta, ou, em qualquer tempo, durante a vigência da apólice;

d) pagar em dia os prêmios do seguro fixados nos documentos de cobrança da Seguradora ou outra forma pactuada;

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

CLÁUSULA 27 - 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 ou seu representante legal 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. Além dos casos previstos em lei, ou nestas condições gerais, a Seguradora ficará isenta de qualquer responsabilidade, podendo cancelar a apólice, nos casos de:
- a) 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;
 - b) uso do estabelecimento Segurado para fins diferentes da ocupação constante da apólice do seguro;
 - c) não cumprimento das obrigações convencionadas nesta apólice;
 - d) não cumprimento das medidas protetivas de riscos apresentadas formalmente pela Seguradora quando da aceitação do seguro, medidas estas que deverão constar das especificações da apólice;
 - e) busca do Segurado, por qualquer meio, da obtenção de benefícios ilícitos deste seguro;
 - f) adoção de práticas e procedimentos médicos não pertinentes à especialidade declarada na contratação do seguro.

CLÁUSULA 28 - CANCELAMENTO DO SEGURO

1. Este contrato de seguro poderá ser cancelado nas seguintes situações:

- a) a pedido do Segurado, com concordância da Seguradora, 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 os prazos não previstos 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, por atos que o Segurado venha a ser responsabilizado, assim entendido: indenizações, acordos judiciais ou extrajudiciais, custas judiciais, fiança e honorários advocatícios, sem que haja, neste caso, direito do Segurado a qualquer restituição de prêmio;
- e) automaticamente, se houver enquadramento na cláusula ‘PERDA DE DIREITOS’ destas condições.

2. Nos casos de cancelamento com direito do Segurado a restituição de prêmio, a Seguradora reterá os emolumentos.

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 ao juro de mora, além da atualização do seu valor.

CLÁUSULA 29 - SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

Efetuada o pagamento da indenização, cujo recibo será válido como instrumento de sub-rogação, a Seguradora ficará sub-rogada, até o limite da indenização paga, em todos os direitos, ações, privilégios e garantias que competirem ao Segurado, contra eventual co-responsável pelo dano, obrigando-se o Segurado ou sucessores, a facilitar os meios e fornecer os documentos necessários ao exercício desses direitos, sendo ineficaz qualquer ato que venha diminuir ou extinguir, em prejuízo da Seguradora, os direitos a que se refere esta cláusula.

CLÁUSULA 30 - PRESCRIÇÃO E CADUCIDADE

1. No caso deste Seguro, o prazo começará a correr, entre o Segurado e a Seguradora, a partir do trânsito em julgado do processo.
2. Decorridos os prazos estabelecidos em lei, operam-se a prescrição e a caducidade.

CLÁUSULA 31 - FORO

Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou Beneficiário, conforme o caso, para dirimir as questões oriundas deste contrato.

Cia. Excelsior de Seguros
