

Sumário

CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO EXCELSIOR CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS À BASE DE RECLAMAÇÃO	2
CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES	2
CLÁUSULA 2 - OBJETO DO SEGURO	2
CLÁUSULA 3 - ÂMBITO GEOGRÁFICO	2
CLÁUSULA 4 - VIGÊNCIA DO SEGURO	2
CLÁUSULA 5 - FORMA DE CONTRATAÇÃO	2
CLÁUSULA 6 - BASE DE CONTRATAÇÃO	3
CLÁUSULA 7 - LIMITES DO SEGURO	3
CLÁUSULA 8 - COBERTURAS	4
CLÁUSULA 9 - RISCOS EXCLUÍDOS	5
CLÁUSULA 10 - PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS)	7
CLÁUSULA 11 - FORMAÇÃO, ALTERAÇÃO E RENOVAÇÃO DO SEGURO	7
CLÁUSULA 12 - PRÊMIO DO SEGURO	9
CLÁUSULA 13 - RESOLUÇÃO DO CONTRATO	9
CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA	10
CLÁUSULA 15 - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	10
CLÁUSULA 16 - DEVERES DE CONDUTA DO SEGURADO	14
CLÁUSULA 17 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA	15
CLÁUSULA 18 - SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS	15
CLÁUSULA 19 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES	16
CLÁUSULA 20 - PRESCRIÇÃO E FORO	16
GLOSSÁRIO	16

CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO EXCELSIOR CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS À BASE DE RECLAMAÇÃO

CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1. Estas são as Condições Contratuais do produto **EXCELSIOR – CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS** é um seguro de Responsabilidade Civil Profissional, com cobertura específica para profissionais de **clínicas** e **consultórios**.
2. A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco pela Excelsior.
3. O registro do produto na SUSEP é automático e não representa aprovação ou recomendação da autarquia.
4. O segurado pode consultar a situação cadastral da Excelsior e do corretor de seguros no site da SUSEP (www.susep.gov.br).
5. Este seguro segue as leis que regulamentam os seguros no Brasil e aplica somente as condições previstas e contratadas neste documento.
6. Ao contratar o seguro e assinar a proposta, o segurado declara ter acesso e concordância com estas condições contratuais, disponíveis nos canais oficiais da Excelsior.

CLÁUSULA 2 - OBJETO DO SEGURO

A Excelsior compromete-se a garantir ao Segurado (Clínica ou Consultório prestador de serviços na área da saúde), mediante o pagamento do prêmio e observados os limites contratados — Limite Máximo de Garantia da Apólice (LMG) e Limite Máximo Indenizável por Sinistro (LMI) — a indenização das reparações pecuniárias pelas quais for responsabilizado por danos causados a terceiros.

Essas responsabilidades devem decorrer de ações, erros ou omissões praticados por seus desde que sócios, administradores, empregados ou prepostos, exclusivamente no exercício da prestação de serviços na área da saúde, sendo reconhecidas por decisão judicial, decisão em juízo arbitral ou acordo com os terceiros prejudicados, mediante anuência expressa da Seguradora.

Independentemente de condenação, o seguro garante ainda o pagamento de honorários advocatícios, custas judiciais e/ou fiança que o Segurado estiver obrigado a constituir.

CLÁUSULA 3 - ÂMBITO GEOGRÁFICO

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

CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DO SEGURO

As datas de início e fim de vigência serão indicadas na apólice.

CLÁUSULA 5 - FORMA DE CONTRATAÇÃO

Este Seguro está sendo contratado na forma de primeiro risco absoluto, assim, em caso de sinistro, a Excelsior indenizará o segurado até o valor do limite da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6 - BASE DE CONTRATAÇÃO

O seguro de responsabilidade civil profissional à base de reclamações obedece aos seguintes requisitos cumulativos:

- a. O terceiro ajuíze ação ou apresente reclamação formal junto a órgão administrativo durante a vigência da apólice, ou durante o prazo adicional quando cabível, conforme estabelecido no contrato.
- b. O fato gerador dos danos tenha ocorrido durante o período de vigência da apólice ou durante o período de retroatividade (se contratado).

Período de Retroatividade é o intervalo de tempo entre a data limite de retroatividade e a data de início de vigência do seguro à base de reclamações.

A data limite de retroatividade, a ser pactuada pelas partes, irá constar expressamente da apólice e marca o início do período de alcance para os fatos geradores passíveis de reclamação.

Será considerada a data da reclamação a constante no protocolo da ação judicial promovida por terceiro, pedindo indenização ao segurado, alegando sua responsabilidade civil por ato possivelmente danoso relativo aos riscos cobertos pelo seguro.

Será considerada a data de reclamação relativa ao processo administrativo a data de instauração do processo.

A data do fato gerador do dano é a data de ocorrência do ato negligente, imprudente ou imperito do segurado.

Não será permitida a transformação do seguro a base de reclamação (*claims made*) em seguro a base de ocorrência (*occurrence basis*).

CLÁUSULA 7 – LIMITES DO SEGURO

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI)

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

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

O valor do limite máximo indenizável é de livre escolha do Segurado, respeitado o plano de comercialização da Seguradora vigente na data da contratação.

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.

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 na forma “*pro rata dia*”.

É vedada a reintegração do LMI, em caso de sinistro.

LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG)

Além do limite máximo indenizável (LMI) este seguro está sujeito ao limite máximo de garantia da apólice (LMG) a que se referem estas condições; este limite constará da apólice e representa o risco máximo que a Seguradora assume pelo conjunto de coberturas que possam ser afetadas pelo mesmo sinistro, respeitados os limites máximos indenizáveis (LMIs) e o limite agregado (LA).

Por se tratar de plano com cobertura única, conforme a cláusula "COBERTURA" destas condições, o LMG é igual ao LMI.

LIMITE AGREGADO (LA)

O limite agregado indicado na apólice, representa o valor máximo de indenizações permitidas por este contrato, para o conjunto de reclamações, de um ou mais eventos, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos e/ou despesas relacionadas aos sinistros ocorridos durante a vigência da apólice ou o período retroativo de cobertura, quando houver.

Ocorrerá o cancelamento automático do contrato de seguro, quando a soma das indenizações e demais gastos e/ou despesas amparadas pelo seguro atingir o limite agregado.

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.

O Limite Agregado escolhido pelo Segurado será indicado na apólice.

É vedada a reintegração do limite agregado.

CLÁUSULA 8 - COBERTURAS

Este seguro é contratado na forma de COBERTURA ÚNICA, abrangendo os riscos de **danos corporais, danos materiais** e/ou **danos morais**, quando **ocorridos no local do risco mencionado na apólice**:

- Decorrentes de ações ou omissões diretamente relacionadas à prestação de serviços na área da saúde, cometidos pelos sócios, administradores, empregados e/ou prepostos, que resultem em 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; e
- Observadas as condições deste contrato, quando **reclamados** nas esferas **cível** ou **criminal**, ou, ainda, quando notificados.

A omissão garantida por este contrato refere-se à falta de atendimento do profissional em situações de emergências, caracterizada quando houver necessidade da intervenção imediata e inadiável do profissional, para evitar dano ao paciente, e em todas as outras situações também previstas no código de ética do profissional.

Estão cobertas, dentro do limite máximo indenizável previsto na apólice, as **despesas** abaixo, quando decorrentes dos riscos acima:

- **indenizações** pela qual o Segurado vier a ser civilmente condenado, por 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, pelos danos corporais, materiais e/ou morais causados a terceiros;

- **custas judiciais** relativas a ações cíveis, das quais advenha responsabilidade amparada por este contrato de seguro;
- **honorários advocatícios**, relativos aos advogados de defesa do Segurado nas esferas cível ou criminal.

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

- Que o terceiro apresente a reclamação ao Segurado:
 - o durante o período de vigência da apólice;
 - o durante os prazos adicionais, quando cabível; ou
- Que as reclamações estejam vinculadas a danos ocorridos durante a vigência da apólice, ou durante o período retroativo de cobertura.

Os custos com defesa do segurado terão **limite específico**, distinto do limite destinado às indenização dos terceiros prejudicados, conforme previsto na apólice.

CLÁUSULA 9 - RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a. Quaisquer danos causados a terceiros por qualquer prestação de serviços e/ou tratamento não informados à Seguradora;**
- b. Reclamações decorrentes de atos praticados por pessoas que não constem da relação do quadro de funcionários e/ou prepostos do Segurado;**
- c. Reclamações decorrentes de atos praticados que não tenham relação direta com a prestação de serviços à saúde dos terceiros;**
- d. Reclamações decorrentes da responsabilidade como sócios e administradores do seguro, ficando entendido, contudo, que estes terão direito à cobertura apenas com relação aos atos por estes praticados na condição de profissionais da área de saúde;**
- e. Danos produzidos por raios X ou radiações derivadas do uso ou existência de aparelhos e materiais, quando quaisquer deles não forem os conhecidos e aceitos pela ciência médica e autoridade competente;**
- f. Danos originados da infecção ou contaminação com o vírus tipo HIV, HTLV III, LAV, CJD, Hepatite ou quaisquer de seus derivados ou variedades mutantes, ou, ainda, que de alguma maneira estiverem relacionados com a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), quando decorrentes da utilização de hemoderivados;**
- g. Danos derivados de qualquer tratamento cujo objetivo seja o impedimento da gravidez ou a procriação, salvo nos casos em que o método estiver legal e cientificamente aceito;**
- h. Danos pelo não cumprimento da obrigação do sigilo profissional por parte do**

Segurado, salvo quando houver dever legal de denunciar a existência de um crime ou delito, ou ainda, por decisão judicial ou decisão em juízo arbitral, seja obrigado a quebrar seu sigilo;

i. Atos médicos ou intervenções cirúrgicas proibidas por leis específicas ou normas técnicas ou administrativas;

j. Responsabilidade decorrente do não cumprimento de qualquer contrato, verbal ou escrito, propaganda, sugestão, promessa de êxito nos procedimentos médicos e/ou odontológicos em que se garanta o resultado de qualquer tipo de ato médico, cirúrgico ou não, no caso em que a reclamação esteja baseada exclusivamente, no não cumprimento dessa promessa;

k. Intervenções cirúrgicas que sejam realizadas com o objetivo de efetuar modificações e/ou mudanças de sexo e/ou suas características distintas, exceto quando o sexo do paciente tiver sido determinado incorretamente no momento do nascimento, por uma enfermidade genética, ou por um defeito anatômico, e exista autorização judicial prévia para sua realização;

l. Enfermidades genéticas no caso em que se determine que elas tenham sido causadas por uma manipulação genética por parte do Segurado ou de seus prepostos;

m. Dolo ou culpa grave equiparável ao dolo, quando praticado por sócios controladores, dirigentes, administradores legais, beneficiários e respectivos representantes;

n. Atos praticados e fatos ocorridos que sejam amparados por apólices contratadas em outras Seguradoras com início de vigência anterior ao da presente, desde que a EXCELSIOR SEGUROS não tenha sido informada, anteriormente, pelo Segurado, da existência de outro seguro;

o. Transmutações nucleares quando não derivarem do uso terapêutico da energia nuclear;

p. Danos produzidos como consequência de fatos de guerra civil, internacional, rebelião, sedição, motim, guerrilha, terrorismo, greve, tumulto e/ou alvoroço popular, e/ou malevolência popular e/ou manifestação;

q. Danos produzidos pela existência e/ou utilização de aparelhos, bem como indicação e administração de tratamentos ou medicamentos não reconhecidos pela ciência médica e/ou não autorizados pela autoridade competente; assim como a Responsabilidade Civil dos fabricantes de medicamentos receitados pelo Segurado, quando o dano se origine pelo produto e não por culpa, negligência ou imperícia do Segurado;

r. Danos originados por ato realizado pelo Segurado, e/ou pelo pessoal profissional, técnico, auxiliar ou administrativo, na coleta, uso e administração de Banco de Sangue, salvo se o ato tiver sido efetuado no âmbito do Serviço de Hemoterapia e Imunohematologia e/ou Medicina de Transfusão do Segurado, sempre que estes se desenvolvam de acordo com as normas e padrões emanados das autoridades competentes, Sociedade Brasileira de Hemoterapia e Imunohematologia, e sempre que as referidas atividades e/ou operações forem realizadas em benefício de um terceiro do Segurado, com prévio consentimento escrito de sua parte. Por Banco de Sangue, para os efeitos desta apólice, entende-se o local, dentro ou fora do estabelecimento do Segurado, onde ocorra a decisão da conveniência terapêutica quanto à transfusão de sangue e/ou seus componentes, assim como sua coleta, estudo, armazenamento, processamento, distribuição, bem como qualquer outro uso

do sangue e/ou produtos derivados do sangue, que tenha sido realizado pelo Segurado;

s. Danos decorrentes de roubo, extravio ou furto de bens de qualquer espécie, pertencentes a terceiros, ainda que ocorridos no interior de clínicas ou consultórios sob controle e utilizados pelo Segurado no exercício profissional.

t. Danos decorrentes de reclamações referentes ao uso e conservação do imóvel no qual o Segurado exerce suas atividades profissionais;

u. Reclamações feitas por terceiros e/ou seus representantes contra o Segurado, relacionado com pedidos de reembolso de honorários profissionais já pagos, mesmo quando decorrentes de risco coberto por esta apólice;

v. Danos estéticos subjetivos, ou sejam, aqueles que não se enquadrem no conceito de danos objetivos abaixo:

a. Entende-se como dano objetivo, os casos cujos resultados sejam bizarros, facilmente notados por outras pessoas, bem como, os envolvendo partes do corpo humano quando uma está diferente, em tamanho ou forma, em relação à outra, o suficiente para ser notada por outras pessoas.

w. Danos emergentes, inclusive lucros cessantes, e outros prejuízos indiretos do Segurado, bem como danos a sua imagem ou publicidade, mesmo que resultantes de riscos cobertos.

CLÁUSULA 10 - PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS)

Fica estabelecida uma participação obrigatória do Segurado (POS), conforme indicada na apólice, incidente sobre os prejuízos e/ou despesas indenizáveis, em cada reclamação ou conjunto de reclamações decorrentes de um mesmo evento.

CLÁUSULA 11 - FORMAÇÃO, ALTERAÇÃO E RENOVAÇÃO DO SEGURO

CONTRATAÇÃO DO SEGURO

Para formalização do contrato, o Proponente deverá apresentar a Proposta de Seguro. A simples cotação não equivale a proposta.

Recebida a proposta, a Excelsior terá 25 (vinte e cinco) para análise do risco. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares, ocasião que o prazo será interrompido, sendo reiniciado a partir da data do recebimento integral da documentação.

Concluída a análise, a Excelsior poderá aceitar o risco, recusá-lo, comunicando os motivos da não aceitação.

Alternativamente, a Seguradora poderá apresentar uma contraproposta.

Se a Excelsior não se manifestar dentro do prazo de 25 (vinte e cinco) dias, ocorrerá aceitação tácita da proposta.

A cobertura torna-se eficaz mediante o pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela, conforme o prazo indicado na apólice.

ACEITAÇÃO DO SEGURO

O risco será avaliado conforme declarações constantes na Proposta, em especial no questionário de risco disponibilizado pela Seguradora.

As partes e os terceiros intervenientes no contrato, ao responderem o questionário, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

O descumprimento, por parte do Segurado, do dever de informar, importará na perda da garantia e na extinção do contrato, permanecendo devidas o valor do prêmio e as despesas efetuadas pela Seguradora em razão do contrato.

ALTERAÇÃO DO CONTRATO

Durante a vigência da apólice, é garantido ao Segurado solicitar alterações nas condições inicialmente contratada com a Seguradora.

Recebida a comunicação, a Seguradora poderá, no prazo de **20 (vinte) dias**:

- **Aceitar** as alterações comunicadas, **cobrando a diferença de prêmio** correspondente ao novo risco; ou
- **Recusar** as alterações comunicadas, **resolvendo o contrato**, permanecendo devidos o valor proporcional do prêmio e as despesas de contratação.

As alterações aceitas serão formalizadas por endosso e **com efeitos a partir da data indicada na apólice.**

O segurado:

- **Não deve agravar intencionalmente o risco objeto do contrato de seguro, sob pena de perda da garantia.** Considera-se relevante o agravamento que aumente de forma significativa e continuada a probabilidade de ocorrência do risco ou a severidade de seus efeitos, em relação ao que foi declarado no questionário de avaliação de risco.
- Deve **comunicar imediatamente** à Seguradora qualquer agravamento do risco de que tenha conhecimento.

Se o segurado:

- **Deixar de informar** o agravamento do risco: **perderá o direito à garantia e o contrato será extinto, permanecendo devidos os valores do prêmio e as despesas de contratação suportadas pela Seguradora.**
- **Deixar de cumprir** os deveres de conduta descritos nestas condições contratuais e/ou anuídos por ele na apólice: **perderá o direito à indenização, diante do agravamento do risco**, confirmado o nexo causal entre o descumprimento do dever descrito e o sinistro caracterizado.

Este seguro é **intransferível**, em observância ao princípio da adequada seleção do risco, sendo vedada a cessão total ou parcial da apólice a terceiros.

RENOVAÇÃO DO CONTRATO

Não haverá renovação automática da apólice.

O segurado deverá manifestar expressamente seu interesse em renovar o contrato, ocasião que ocorrerá uma nova análise de risco e precificação.

a. Caso o seguro seja renovado, a Seguradora emitirá nova apólice com as condições atualizadas.

a. Caso não haja renovação, ao término da vigência do contrato, iniciará o **Prazo Adicional de 36 meses** para recebimento de reclamações, aplicável exclusivamente a eventos ocorridos durante o Período de Retroatividade ou durante a vigência original da apólice.

b. Se não houver renovação da apólice Excelsior e o segurado contratar apólice em outra seguradora (no mesmo período do prazo adicional da apólice Excelsior), prevalecerá a responsabilidade da seguradora congênere.

Não será concedido prazo adicional se o seguro for extinto por falta de pagamento.

O Prazo Adicional não acarreta, em hipótese alguma, na ampliação do prazo contratual para ocorrência dos fatos geradores de danos.

Encerrado esse período, o contrato é considerado finalizado, e o segurado não contará mais com a proteção prevista nesta apólice.

CLÁUSULA 12 - PRÊMIO DO SEGURO

O prêmio é a contraprestação devida pelo segurado à seguradora para ter cobertura contratada e o direito à indenização em caso de sinistro.

O prêmio deverá ser pago no tempo e forma convencionados na apólice.

Se o segurado não pagar a primeira parcela (ou pagamento à vista) o contrato será cancelado automaticamente, sem que o segurado produza efeitos, ou seja, nenhum sinistro será indenizado.

O não pagamento demais parcelas, suspenderá a garantia contratual, desobrigando a seguradora ao pagamento de sinistros ocorridos a partir da data original do vencimento da parcela não paga.

A Seguradora, através de notificação, constituirá o segurado em mora, ofertando prazo de **15 (quinze) dias** para regularização, contados do recebimento da notificação.

O valor em atraso será sujeito a juros de 1% ao mês, acrescido de multa de 2% e correção monetária.

A recusa ou não localização do segurado no endereço eletrônico informado na apólice não impede os efeitos da notificação para constituição em mora e suspensão da garantia.

Não purgada a mora, o contrato será extinto respeitado o período de cobertura correspondente aos prêmios já pagos *pro rata die*, abatidas as despesas de contratação.

Caberá execução para a cobrança do prêmio sempre que a seguradora houver suportado o risco que recai sobre o interesse garantido.

CLÁUSULA 13 - RESOLUÇÃO DO CONTRATO

O contrato será resolvido:

- a. Em caso de mora, pontual ou contumaz, de mais de 15 (quinze) dias no pagamento do prêmio;
- b. Em caso de agravamento do risco não aceito pela Seguradora;

- c. Em caso de inexatidão ou omissão nas declarações do segurado na proposta;
- d. Tentativa de fraude no sinistro ou conluio por parte do Segurado;
- e. Na ocorrência de quaisquer das hipóteses de **perda de garantia** previstas legalmente e nestas condições contratuais.

Aplicam-se à resolução do contrato as disposições constantes na legislação vigente.

Ao resolver o contrato, o valor do prêmio já pago será retido pro rata dia, abatidas as despesas de contratação proporcionalmente ao período de vigência a decorrer.

CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA

Os valores de prêmio e de indenização serão corrigidos pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Em caso de extinção do índice, será adotado o que vier a substituí-lo.

Sobre obrigações pagas após o prazo devido, incidirão juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, acrescido de multa de 2%, além da atualização monetária. A atualização e os juros de mora serão aplicados nos seguintes casos:

1. Devolução de prêmio: a partir da data a Seguradora será obrigada a devolver até a efetiva devolução ao Segurado.
2. Atraso no pagamento do prêmio: a partir do vencimento original da parcela até o efetivo pagamento.
3. Atraso no pagamento de indenização: a partir do término do prazo legal para liquidação até a efetiva quitação.

CLÁUSULA 15 - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

OCORRÊNCIA E AVISO DE SINISTRO

Competirá ao segurado demonstrar a ocorrência do sinistro e sua extensão.

Ao tomar ciência do sinistro ou da possibilidade de seu acontecimento o Segurado é obrigado a:

- a. Tomar as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar seus efeitos;
- b. Comunicar prontamente o sinistro (ou a iminência) à Seguradora, através dos meios indicados na apólice;
- c. Prestar proativamente todas as informações de que disponha sobre sinistro ou situações que possam acarretar futuros sinistros, suas causas e consequências;
- d. Fornecer todos os documentos a que tiver acesso e solicitados pela Seguradora;
- e. Permitir o acesso da seguradora ou de seus representantes para inspeção;
- f. Não modificar, destruir ou alterar os elementos relacionados ao sinistro e preservar os bens danificados, mantendo-os disponíveis para regulação do sinistro;
- g. Comparecer aos atos processuais para os quais for intimado;
- h. Promover defesa de forma adequada e não ser revel;

- i. Colaborar com a Seguradora no exercício dos direitos derivados da sub-rogação.

O descumprimento doloso das obrigações acima listadas implica em perda do direito à indenização, sem prejuízo da dívida de prêmio e das obrigações de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

O descumprimento culposo das obrigações implica a perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

Se o segurado se mantiver inerte diante do conhecimento da prática de atos ilícitos que o beneficiem **perderá o direito à indenização, à garantia e** será cobrado a pagar o preço do seguro (se ainda não pago integralmente), além de ressarcir as despesas realizadas pela Excelsior.

Decai o direito à indenização o Segurado que no prazo de um ano, a contar da reclamação de dano por terceiro ou da ciência do dano causado a terceiro mas ainda não reclamado, não comunicar o sinistro à Seguradora.

A provocação dolosa de sinistro determina a perda do direito à indenização, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora.

Acordos só serão indenizados mediante anuência prévia da Seguradora.

Elementos necessários que precisam ser enviados ao avisar o sinistro ocorrido:

- a) Preenchimento do formulário disponibilizado no site da Excelsior e enviado para o e-mail destacado com o relato detalhado do evento;
- b) relato detalhado do fato;
- c) cópia da notificação, citação e/ou intimação, além de todos os documentos que ele possua, pertinentes ao evento;
- d) cópia da Carteira de Identidade, do CPF e do documento da OAB – Ordem dos Advogados do Brasil, com a data de início do exercício da atividade profissional;
- e) cópia do Boletim de Ocorrência Policial;
- 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.

REGULAÇÃO DE SINISTRO

A Excelsior tem até **30 dias** para se manifestar sobre o aviso de sinistro, contados a partir da data do recebimento de todos os **elementos necessários** para a análise.

Durante a regulação do sinistro, a Excelsior verificará:

- Se o fato gerador do dano ocorreu durante o período de vigência da apólice ou o no prazo de retroatividade;
- Se o dano decorre de risco coberto, conforme delimitado contratualmente;
- Se a reclamação promovida por terceiro foi inicialmente recebida pelo Segurado durante a vigência da apólice ou durante o prazo adicional;
- Se o segurado tinha ciência prévia do fato que ocasionou a reclamação e se o fato foi comunicado (declarado) no questionário de risco;
- Se não houve descumprimento contratual ou agravamento do risco.

Nunca serão cobertos os atos dolosos ou de dolo eventual praticados pelo segurado.

Qualquer tentativa (ou efetiva realização) de fraude cometida por ocasião do sinistro **resultará na extinção automática da apólice com perda do direito à garantia**, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir despesas incorridas pela Seguradora.

A cada vez que são solicitados **documentos complementares**, o prazo de análise é suspenso, voltando a correr no primeiro dia útil subsequente à recepção integral dos documentos.

Se um mesmo evento causar danos múltiplos ou sucessivos, e em decorrência destes o Segurado reivindicar diversas vezes a garantia, todos os pleitos julgados procedentes constituir-se-ão em um único sinistro.

Se a Excelsior negar a cobertura, total ou parcialmente, serão disponibilizados, quando requisitados, os documentos que fundamentaram a decisão, exceto aqueles que considerados sigilosos, confidenciais por lei, ou que possam causar dano a terceiros.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Reconhecida a cobertura, a Seguradora terá o prazo de **30** (trinta) dias para pagar a indenização.

A Excelsior apurará o valor da indenização devida a ser pago. A indenização não poderá exceder o LMI disponível para a cobertura e deverá observar o Limite Máximo de Garantia da apólice e o Limite Agregado.

Para fins de reembolso de condenação, será obrigatória a apresentação da decisão transitada em julgado, do cálculo da condenação, comprovante de pagamento e protocolo do referido comprovante no processo.

Também serão apuradas as **despesas realizadas com medidas de contenção ou de salvamento, desde que razoáveis, necessárias e úteis** para evitar sinistro iminente ou atenuar seus efeitos.

- Durante a vigência da apólice, a soma de todos os reembolsos dos prejuízos com medidas de contenção e salvamento vinculados a uma cobertura contratada nunca poderá ultrapassar 20% do Limite Máximo de Indenização desta cobertura.
- Não constituem despesas de salvamento as realizadas com prevenção ordinária ou ações reparadoras não emergenciais.
- Para fins de reembolso referente aos prejuízos com contenção e salvamento, será obrigatória a apresentação do comprovante de pagamento bancário, nota fiscal de prestação de serviço emitida em conformidade com a legislação vigente e relatório da execução do serviço. **Documentos informais, recibos ou anotações manuais não serão aceitos.**

Os prejuízos de medidas de contenção ou salvamento, entendidas como despesas com ações de emergência ou salvamento realizadas pelo Segurado, imediatamente após seu erro, para tentar evitar ou reduzir danos iminentes causados por fato gerador garantido, deverão vir acompanhadas de relato assinado de próprio punho, indicando sua negligência, imprudência ou imperícia.

Para fins de reembolso de condenação, será obrigatória a apresentação da decisão transitada em julgado, do cálculo da condenação, comprovante de pagamento e protocolo do referido comprovante no processo.

Os custos de defesa terão LMI apartado e indicado na apólice. São de livre escolha do segurado os advogados para defesa. O Reembolso de custos de defesa a título de honorários advocatícios cujo limite é indicado apartado na apólice, a indenização será limitada a:

Para fins de reembolso de honorários advocatícios, cujo limite é indicado apartado na apólice, a indenização será limitada a:

- 20% do valor da causa para defesa judicial; e
- Tabela da OAB do estado onde tramita o processo defesa em processos administrativos ou sindicância.

Para fins de reembolso referente a honorários advocatícios, será obrigatória a apresentação do contrato, comprovante de pagamento bancário e notas fiscais de prestação de serviço emitidas em conformidade com a legislação vigente. **Documentos informais, recibos ou anotações manuais não serão aceitos.**

Para fins de reembolso referente às custas judiciais, taxas e emolumentos, será obrigatória a apresentação do comprovante das guias bancárias emitidas e pagas em conformidade com a legislação vigente e seu tempestivo protocolo no processo.

Reembolso de valores em acordos celebrados são admitidos apenas com anuência prévia e expressa da Seguradora.

Atenção:

- Na liquidação, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares para apuração dos prejuízos. **A cada vez que são solicitados documentos complementares, o prazo de análise é suspenso**, voltando a correr no primeiro dia útil subsequente à recepção integral dos documentos.
- Nos sinistros parciais, a garantia da cobertura acionada será reduzida proporcionalmente ao valor pago.

- Após apurada a indenização devida, a Excelsior deduzirá do montante a ser pago ao Segurado os valores da franquia, POS e das parcelas de prêmio vincendas.
- Pelo pagamento de indenização securitária, cujo recibo valerá como instrumento de cessão de direitos, a Seguradora ficará sub-rogada em todos os direitos e ações do Segurado contra aqueles que por ato, fato ou omissão tenham concorrido para causar as perdas indenizadas.
- É ineficaz qualquer ato do Segurado que diminua ou extinga, em prejuízo da Seguradora, os direitos sobre sub-rogação.
- As despesas com a apresentação dos documentos necessários à comunicação do sinistro, regulação ou liquidação correm por conta do segurado.
- Na liquidação, a Excelsior avaliará as condutas praticadas pelo segurado que eventualmente prejudiquem a regulação do sinistro, tais como omitir-se no fornecimento de documentos ou informações que estejam sob sua guarda, **sob pena de serem deduzidos da indenização paga ao segurado os prejuízos que lhe der causa.**

O Segurado deverá informar à Seguradora a existência de outras apólices vigentes que garantam, no todo ou em parte, o mesmo interesse, risco ou garantia previstas neste contrato.

Em caso de sinistro o prejuízo será repartido proporcionalmente entre as apólices concorrentes, considerando os Limites Máximo de Indenização.

CLÁUSULA 16 – DEVERES DE CONDUTA DO SEGURADO

Além das obrigações que possam estar previstas nas demais cláusulas deste contrato, o Segurado se obriga a seguir as condições abaixo:

Documentação dos empregados e/ou prepostos.

- O Segurado deve zelar e manter em bom estado de conservação e segurança todos os documentos relacionados com a atividade garantida por estas condições, inclusive os que compõem o prontuário do paciente, como protocolo cirúrgico e anestésico, registro de monitoração cardiológica intraoperatória, fetal e/ou resultado de estudos complementares transcritos ou anexados ao prontuário.
- Para todos os médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares, que sejam empregados ou prepostos, bem como aqueles que estiverem em regime de aprendizagem, e ainda aqueles que se utilizarem, por qualquer forma, das instalações do Estabelecimento do Segurado, para exercer atividades de assistência à saúde, o Segurado deverá exigir que realizem, no Prontuário de cada paciente, um adequado registro do ato médico realizado ou indicado ao terceiro, que permita demonstrar a eficiência da prestação do serviço de assistência à saúde oferecida a este último.
- O registro no prontuário/ficha deverá consignar obrigatoriamente o nome do paciente, a data, o horário, assinatura e nome legível do profissional que estiver fazendo o registro, assim como escrever em forma concisa, verdadeira, ordenada e legível, toda a atuação médica e/ou auxiliar, relacionada com o atendimento do terceiro, como também todos os dados obtidos sobre o mesmo e de seu estado clínico, realizando anamnese, hipótese diagnóstica e definitivas, indicações, evolução e epícrise, em todos os casos.

- O Prontuário deverá conter um TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO prévio à Intervenção ou tratamento ao terceiro, que permita provar que o terceiro e/ou quem o representou entendeu o que foi explicado por seu médico, e que deverá também estar subscrito pelos profissionais intervenientes.
- Todo profissional com qualificação superior ou técnica para a área de saúde, em exercício de sua função e/ou especialidade dentro do Estabelecimento Segurado, deve apresentar à Direção Clínica seu Título Profissional e Certificado de Especialização, provando estar apto a desenvolver as atividades para as quais se encontre efetivamente habilitado.

Equipamentos e Pessoal

- O Segurado deverá contar com pessoal em qualidade e quantidade suficientes, para o correto cumprimento das normas sanitárias e de saúde em vigor.
- Todos os setores do Estabelecimento Segurado devem possuir os elementos necessários para atuar rapidamente ante uma emergência médica, bem como pessoal capacitado para desempenhar corretamente sua função e/ou especialidade, inclusive material de reanimação para emergências cardiorrespiratórias.
 - Em caso de consultórios que efetuem exames específicos, deverão contar com material de reanimação para atuar em emergências cardiorrespiratórias, devendo o pessoal designado estar capacitado para desenvolver, corretamente, os procedimentos necessários.
- No caso de o consultório/clínica realizar cirurgias ambulatoriais, o mesmo deverá ter a habilitação correspondente.

Sem prejuízo do que consta nesta e nas demais cláusulas destas condições gerais, bem como nas condições especiais, e ainda no que em lei esteja previsto, o Segurado perderá todo e qualquer direito com relação a este contrato nos seguintes casos:

CLÁUSULA 17 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA

Os valores de prêmio e de indenização serão corrigidos pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Em caso de extinção do índice, será adotado o que vier a substituí-lo.

Sobre obrigações pagas após o prazo devido, incidirão juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, acrescido de multa de 2%, além da atualização monetária. A atualização e os juros de mora serão aplicados nos seguintes casos:

1. Devolução de prêmio: a partir da data a Seguradora será obrigada a devolver até a efetiva devolução ao Segurado.
2. Atraso no pagamento do prêmio: a partir do vencimento original da parcela até o efetivo pagamento.
3. Atraso no pagamento de indenização: a partir do término do prazo legal para liquidação até a efetiva quitação.

CLÁUSULA 18 - SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

Paga a indenização, a Excelsior fica **sub-rogada**, até o valor pago, nos direitos e ações que competirem ao segurado contra o responsável pelo dano.

É **ineficaz** qualquer ato do segurado que diminua, dificulte ou extinga a sub-rogação. O segurado deve colaborar com a Excelsior no exercício dos direitos sub-rogados, respondendo

por eventuais prejuízos decorrentes da sua omissão.

CLÁUSULA 19 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

O Segurado deve informar à Seguradora a existência de outras apólices vigentes com outras seguradoras que garantam, no todo ou em parte, o mesmo interesse, risco ou garantia prevista neste contrato, mesmo se contratadas **após a emissão da apólice da Excelsior**.

Em caso de sinistro:

- O prejuízo será dividido proporcionalmente entre as apólices, considerando os LMI' s de cada cobertura disponíveis.
- O valor total pago nunca pode ultrapassar o prejuízo real, mesmo que a soma dos LMI' s seja maior.

As **despesas de contenção e salvamento** serão suportadas **proporcionalmente entre as seguradoras**, observados os percentuais, regras de participação e os limites aplicáveis a cobertura.

CLÁUSULA 20 - PRESCRIÇÃO E FORO

Os prazos para exercício de direitos decorrentes deste contrato observam o prazo prescricional previsto na Lei nº 15.040/2024.

É competente o foro do domicílio do Segurado para dirimir eventuais litígios decorrentes deste contrato, ressalvada a opção expressa destes por qualquer domicílio da Seguradora ou de seus agentes.

GLOSSÁRIO

Apólice à base de reclamação ("claims made basis"). Tipo de contratação em que a indenização a terceiros, pelo segurado, obedece aos seguintes requisitos:

- 1.1 os danos ou o fato gerador tenham ocorrido durante o período de vigência da apólice, ou durante o período de retroatividade; e
- 1.2 o terceiro apresente a reclamação ao segurado durante a vigência da apólice, ou durante o prazo adicional, conforme estabelecido no contrato de seguro;

AGRAVAMENTO DO RISCO: Situação quando há alguma mudança nas suas circunstâncias/informações fornecidas pelo segurado à seguradora e isso aumenta as chances de um sinistro acontecer. Assim, caso alguma informação prestada à Seguradora na contratação ou ao longo da vigência da apólice seja alterada, **o segurado deve comunicar imediatamente a Excelsior para reavaliação do risco**.

Custos de Defesa: Compreendem as custas judiciais ou de outros meios de solução de conflitos, os honorários advocatícios, 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.

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.

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

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.

Limite Máximo de Garantia (LMG). Limite máximo de responsabilidade da sociedade seguradora aplicado ao conjunto das coberturas do contrato de seguro.

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.

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.

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.

Prazo Adicional. Período destinado ao recebimento de reclamações relacionadas a eventos ocorridos durante a vigência da apólice. O prazo adicional tem duração de 36 meses, contados a partir do término da vigência.

Reclamação. Manifestação de terceiro, pedindo indenização ao segurado, alegando sua responsabilidade civil por ato possivelmente danoso;

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.

Aceitação ou Subscrição do Risco. É o ato pelo qual a Seguradora aceita o seguro que lhe foi proposto.

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

Âmbito Geográfico. É o termo que determina o local do território brasileiro para a abrangência da cobertura da apólice.

Apólice. 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).

Ato Causador do Dano. É uma ação ou omissão do Segurado, através de seus sócios, administradores, empregados e/ou prepostos, venha a acarretar um dano, presente ou futuro, ao terceiro. Se o dano for decorrente de vários atos, será considerado, para fins de definição de direitos à indenização, a data do primeiro ato causador do dano. O ato pode ser causado por médico, odontólogo, enfermeiro, técnico em enfermagem ou qualquer outro empregado e/ou preposto, desde que esteja diretamente relacionado com a prestação do serviço na área da saúde.

Ato Ilícito 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.

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

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

Boa Fé. É a obrigação de agir dentro da lei e da veracidade. O contrato de seguro é de estrita boa fé.

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

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

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

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

Condições Contratuais. Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.

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

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

Contrato de Seguro. É o conjunto formado pela proposta, apólice e condições contratuais, inclusive eventual endosso.

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

Culpa Grave. É o termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada por negligência ou imprudência grosseira, sendo que, apesar de a ação resultar em consequências sérias ou mesmo trágicas, não houve, de parte do agente outro empregado e/ou preposto, desde que esteja diretamente relacionado com a prestação do serviço na área da saúde.

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.

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

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

Boa Fé. É a obrigação de agir dentro da lei e da veracidade. O contrato de seguro é de estrita boa fé.

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

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

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

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

Condições Contratuais. Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.

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

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

Contrato de Seguro. É o conjunto formado pela proposta, apólice e condições contratuais, inclusive eventual endosso.

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

Culpa Grave. É o termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada por negligência ou imprudência grosseira, sendo que, apesar de a ação resultar em consequências sérias ou mesmo trágicas, não houve, de parte do agente causador, a intenção de obter o resultado, embora tivesse assumido a possibilidade da ocorrência do risco.

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

Danos Corporais. São os danos e suas consequências diretas, causadas ao corpo humano.

Danos Materiais. São os danos que afetam e repercutem no patrimônio de terceiros.

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

Data de Exigibilidade. É a data a partir da qual incide atualização dos valores a serem pagos pela Seguradora ou recebidos do Segurado.

Despesas de Salvamento: São aquelas despesas incorridas pelo Segurado com a tomada de medidas imediatas ou ações emergenciais, após a ocorrência de um sinistro garantido pelo presente contrato de seguro, de modo a diminuir as consequências, evitando a propagação dos riscos cobertos, salvando e protegendo os bens ou interesses descritos na apólice. Valor das despesas corre por conta da seguradora limitada nestas condições contratuais.

Documentos Contratuais. A apólice, o certificado individual (nas apólices coletivas), e o endosso.

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

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

Endosso. Documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

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

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

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

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

Garantia. É a natureza da obrigação assumida pela Seguradora.

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

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

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

IOF. É a sigla do Imposto sobre Operações Financeiras.

Juro de Mora. É o encargo financeiro decorrente por atraso no pagamento ou recebimento de algum valor, após a aplicação do índice de atualização de valores.

Liquidação de Sinistro. É o ato final do processo de regulação do sinistro que consiste no pagamento ou não de indenização, ao Segurado.

Local do Risco. É o endereço do Segurado onde se realizam as atividades profissionais alvo deste seguro.

Má Fé. É a ação ou omissão intencional de ferir a lei ou o contrato de seguro.

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

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

Perda do Direito à Indenização: Significa que a Excelsior não realizará o pagamento da indenização. O contrato continua válido, mas aquele sinistro específico não será indenizado por descumprimento de deveres previstos na apólice ou na lei.

Perda do Direito à Garantia: Significa que, o contrato de seguro é extinto, o segurado não tem mais direito à proteção da apólice, porque o vínculo contratual é rompido.

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

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

Prestação de Serviços na Área da Saúde. É todo o trabalho e serviço voltado ao atendimento físico e psíquico da pessoa humana, tais como tratamento, consultas, exames, diagnósticos, cirurgias, etc., na área da saúde.

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

Pro rata dia: Forma de cálculo proporcional que ajusta a vigência do seguro de acordo com o número exato de dias correspondentes ao prêmio já pago.

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

Proposta. 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.

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

Reintegração do Limite Máximo Indenizável. É a recomposição do limite máximo indenizável (LMI) em caso de sinistro que utilize parte deste limite. Para fim destas condições, é vedada a reintegração, devido à existência de limite agregado.

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

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

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

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

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

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

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

Vigência. 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.

Companhia. Excelsior de Seguros.
