

**CONDIÇÕES GERAIS – PLANO DE SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL - PROFISSIONAIS DA
ÁREA DE SAÚDE – PESSOA JURÍDICA**

Processo SUSEP nº 15414.900706.2018-16 - Vigência a partir das 24 horas de 16/04/2023

Plano de Seguro
Responsabilidade Civil
Profissionais da Área de Saúde – Pessoa
Jurídica
“SEGURO À BASE DE RECLAMAÇÃO –
COM NOTIFICAÇÃO”

Sumário

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	3
2. OBJETIVO DO SEGURO	3
3. DEFINIÇÕES	3
4. FORMA DE CONTRATAÇÃO DA APÓLICE	8
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO	8
6. RISCO COBERTO	9
7. RISCOS EXCLUÍDOS	10
8. ENCARGOS DE TRADUÇÃO	12
9. CONTRATAÇÃO/ACEITAÇÃO/VIGÊNCIA	12
10. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO	14
11. RENOVAÇÃO	14
12. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES	14
13. ALTERAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DOS VALORES CONTRATADOS	16
14. PAGAMENTO DE PRÊMIOS	17
15. ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES DECORRENTES DO CONTRATO	19
16. APLICABILIDADE DE MORA	20
17. FRANQUIAS E CARÊNCIAS	20
18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	20
19. REINTEGRAÇÃO.....	23
20. PERDA DE DIREITOS	23
21. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO.....	24
22. FORO.....	26
23. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	26
24. RESCISÃO CONTRATUAL.....	27
25. BENEFICIÁRIO.....	27
26. SUB-ROGAÇÃO	27
27. PRAZOS	27
28. CLÁUSULA DE DEFESA EM JUÍZO CIVIL E/OU CRIMINAL	28
29. CLÁUSULA DE AGRAVAÇÃO DO RISCO.....	28
30. PRAZOS PRESCRICIONAIS	30
31. APÓLICES A BASE DE RECLAMAÇÃO	30
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL PARA A INFECÇÃO OU CONTAMINAÇÃO COM O VIRUS TIPO HIV, HTLV I, HTLV II E III, LAV,CJD, HEPATITE A,B,C E D.	37
CONDIÇÃO PARTICULAR - ESTIPULANTE	38

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. **A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.**
- 1.2. **O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.**
- 1.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no sítio www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

2. OBJETIVO DO SEGURO

- 2.1. O presente seguro tem por objetivo garantir ao Segurado, até o Limite Máximo de Indenização, o pagamento das reparações pecuniárias pelas quais o segurado vier a ser responsável, contratual ou extracontratualmente, em virtude de suas ações ou omissões ocorridas durante o período de vigência da apólice ou em data anterior compreendida no período de retroatividade de cobertura, desde que o terceiro tenha a ele apresentado sua reclamação, durante a vigência ou no Prazo Adicional, decorrentes única e exclusivamente da Prestação do Serviço de Assistência à Saúde, segundo consta de sua respectiva habilitação, concedida pela autoridade competente, conforme a legislação vigente, a qual foi devidamente apresentada com a Proposta de Seguro, fazendo parte integrante desta apólice, regendo-se os deveres, direitos e obrigações do Segurado e Seguradora por estas Condições Gerais.
- 2.2. O valor da indenização será sempre estabelecido através de acordo extrajudicial ou judicial, autorizado de modo expreso pela Seguradora ou através de Sentença Judicial Transitada em Julgado.

3. DEFINIÇÕES

3.1 Definições Específicas

Seguro de Responsabilidade Civil à Base de Ocorrências (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;

Seguro de Responsabilidade Civil à Base de Reclamações (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;

Seguro de Responsabilidade Civil à Base de Reclamações (claims made basis) **com notificações:** 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.

Seguro de Responsabilidade Civil à Base de Reclamações (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.

Data Limite de Retroatividade ou Data Retroativa de Cobertura: 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: qualquer acontecimento que produza danos, garantidos pelo seguro, e atribuídos, por terceiros pretensamente prejudicados, à responsabilidade do Segurado.

Limite Agregado (LA): valor total máximo indenizável, por cobertura, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos ou despesas relacionados aos sinistros indenizados durante a vigência da

apólice.

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.

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

3.2 Outras Definições

Aceitação do Risco: Ato de aprovação de proposta submetida à seguradora para a contratação de seguro.

Agravação do Risco: Circunstância que aumenta a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pelo Segurador.

Apólice: É o documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade seguradora e do segurado e discriminando as garantias contratadas.

Cancelamento: Dissolução antecipada do contrato de seguro.

Cláusula: É uma disposição de um contrato. Parte de um todo que é o contrato.

Condições Gerais: 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: Conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano do seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

Condições Particulares: Conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.

Consentimento Informado/Esclarecido: É um documento assinado pelo paciente ou responsável permitindo ao profissional, a realização de determinado procedimento médico, após haver recebido informações, onde fique explicado ao paciente ou seu representante o perigo estatisticamente provável do procedimento.

Corretor de Seguros: Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

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

Dano Corporal: São os danos físicos causados às pessoas, decorrentes de uma lesão, incapacidade de órgão, sentido ou função, ou a própria morte do paciente.

Dano Estético: Espécie de dano que se caracteriza pela modificação prejudicial, duradoura ou permanente da aparência externa da pessoa, causando-lhe redução ou eliminação de padrão de beleza.

Dano Material: qualquer dano físico à propriedade tangível de terceiros, compreendido, mas sem a elas se limitar, a deterioração ou destruição de bens, substâncias e/ou animais.

Dano Moral: lesão, praticada por outrem, ao patrimônio psíquico ou à dignidade da pessoa, ou, mais amplamente, aos direitos da personalidade, causando sofrimento psíquico, constrangimento, desconforto, e/ou humilhação, independente da ocorrência conjunta de danos materiais, corporais ou estéticos. Para as pessoas jurídicas, o dano moral está associado a ofensas ao nome ou à imagem da empresa, normalmente gerando perdas financeiras indiretas, não contabilizáveis, independente da ocorrência de outros danos.

Dolo: Má-fé; qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro; vontade conscientemente dirigida com a finalidade de obter um resultado criminoso.

Endosso: Documento, emitido pela seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o segurado.

Estabelecimento Segurado: É o local da prestação de serviço e dos tratamentos médicos relacionados à atividade do exercício profissional do segurado.

Estipulante: Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulamentação em vigor, sendo identificada como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

Evento: É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento decorrente de uma mesma causa passível de ser garantido por uma apólice de seguro.

Franquia: É a parte da indenização que fica a cargo exclusivo do Segurado desta apólice, respondendo a Seguradora pela parte que ultrapassar esse valor.

Liquidação de Sinistros: Expressão usada para indicar neste seguro, o processo de apuração do dano havido em virtude de um sinistro, e o respectivo pagamento da indenização.

Paciente: Pessoa que requer ou utiliza os serviços do Segurado.

Período de Vigência: Período de validade da Apólice, que deve ser no mínimo de 1 (um) ano.

Prêmio: Importância paga pelo Segurado ou estipulante/proponente à Seguradora para que esta assuma o risco a que o Segurado está exposto.

Prescrição: É a perda de direito de ação para reclamar as obrigações previstas no Contrato, em razão do transcurso dos prazos fixados pela Lei.

Prestação do Serviço de Assistência à Saúde: Compreende todo o trabalho e serviços voltados ao atendimento físico e psíquico da pessoa humana, tais como tratamentos, consultas, exames, diagnósticos, cirurgias, efetuados pelos profissionais habilitados da área da saúde.

Primeiro Risco Absoluto: Onde a Seguradora se compromete, junto ao Segurado, a pagar o prejuízo até o valor do Limite Máximo de Indenização, não havendo relação de equivalência entre aquela e o possível valor do prejuízo.

Profissional: É a pessoa legalmente habilitada à Prestação de Serviços à Saúde.

Pró- rata temporis: É o cálculo do prêmio do seguro, proporcional aos dias de vigência do contrato.

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

Risco: É a possibilidade de que ocorra um acontecimento incerto, fortuito e de consequências negativas ou danosas, previsto pelo contrato.

Seguradora: Empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.

Segurado: Pessoa jurídica com interesse Segurado.

Sinistro: É a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

Sub-Rogação: A sub-rogação tem lugar no seguro quando, após osinistro e paga a indenização pela Seguradora, o Segurado cede os direitos e ações à Seguradora contra o terceiro responsável pelo sinistro.

Tabela de Prazo Curto: São níveis percentuais estabelecidos neste seguro, para efeito de devolução de prêmios de seguro pagos à Seguradora, ou para determinar o prazo de vigência do seguro, no caso de não pagamento de uma das parcelas do prêmio.

Terceiro: É a pessoa, que envolvida num sinistro, não representa nenhuma das duas partes (Segurado/Seguradora). Não se incluem na definição de terceiro, os parentes que dependam do Segurado, cônjuge, funcionários, sócios ou representantes do Segurado e/ou prepostos.

Tomador do Seguro de Responsabilidade Civil: 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.

4. FORMA DE CONTRATAÇÃO DA APÓLICE

4.1. A forma de contratação do limite máximo de garantia será a primeiro risco absoluto. A Seguradora responde pelos prejuízos até o montante do Limite Máximo de Indenização (LMI).

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

5.1. Esta apólice responderá, unicamente, por sinistro ocorrido no Território Brasileiro, e este seguro reembolsará somente os danos e prejuízos cujos montantes forem ajustados por sentença judicial transitada em julgado ou acordos devidamente autorizados pela Seguradora, dentro dos limites da Republica Federativa do Brasil.

6. RISCO COBERTO

6.1. Consideram-se riscos cobertos a Responsabilidade Civil Profissional do Segurado, caracterizada na forma do item 2 destas Condições e relacionada com:

a) Danos Corporais e/ou Morais e/ou Materiais e/ou Danos Estéticos decorrentes de ações e/ou omissões consequentes dos atos profissionais praticados pelo Segurado contra pacientes, no exercício de sua atividade profissional a partir da data retroativa de eventos previstos na apólice.

6.2. Em decorrência dos riscos cobertos acima, respeitado os demais itens destas Condições Gerais, este seguro contempla também:

a) As Custas Judiciais relativas a ações cíveis, que decorram de responsabilidade amparada por este contrato de seguro.

b) Os honorários de advogados.

c) As perdas financeiras, inclusive lucros cessantes, desde que diretamente decorrentes de danos corporais e/ou morais e/ou materiais devidamente, garantidos pelas coberturas da presente apólice.

d) Custas Judiciais para a defesa do Segurado no foro criminal, sempre que tal defesa possa influir em ação cível da qual decorra responsabilidade amparada por este seguro.

e) Assistência Jurídica relacionada à defesa junto às instâncias administrativas: Órgão de Defesa do Consumidor e Órgãos Oficiais de Saúde.

f) Despesas de Salvamento e os valores referentes aos danos materiais comprovadamente causados pelo Segurado e/ou por terceiros na tentativa de evitar o sinistro, minorar o dano ou salvar a coisa.

6.3. O presente seguro abrange, também, a Responsabilidade Civil Profissional Médica da pessoa habilitada que possua e exerça, efetivamente, a função de Diretor Clínico Responsável do estabelecimento Segurado.

6.4. Em complemento às disposições do item 6.3 a pessoa que exerça efetivamente a função de diretor clínico responsável tem, também, coberta sua responsabilidade civil profissional, em razão de sua especialidade, exercida exclusivamente para o Segurado.

6.5. Para a cobertura prevista nos itens 6.3 e 6.4, será verificado o nome da pessoa que exerça a função de diretor clínico responsável, quando da ocorrência de um eventual sinistro. Cabe ao Estabelecimento Segurado informar eventual alteração do respectivo profissional, em caráter imediato, a cada vez que ocorrer.

6.6. Despesas de Salvamento e os valores referentes aos danos materiais comprovadamente causados pelo Segurado e/ou por terceiros na tentativa de evitar o sinistro, minorar o dano ou salvara coisa.

6.7. Mediante pagamento de prêmio adicional, poderá ser contratada a seguinte cobertura adicional:

4.7.1. COBERTURA ADICIONAL PARA A INFECÇÃO OU CONTAMINAÇÃO COM O VIRUS TIPO HIV, HTLV I, HTLV II E III, LAV,CJD, HEPATITE A,B,C E D.

A cobertura adicional não pode ser contratada isoladamente.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

7.1. O presente contrato não cobre reclamações decorrentes direta ou indiretamente de:

- a) atos do Segurado realizados com aparelhos, equipamentos ou materiais não reconhecidos pela ciência médica, exceto aqueles autorizados especialmente por escrito pela Seguradora no mesmo contrato de seguro e/ou apólice;**
- b) atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, por sócios, controladores, dirigentes e administradores legais destes;**
- c) atos profissionais clínicos ou intervenções cirúrgicas praticadas pelo Segurado, sem a devida especialização segundo as normas e regulamentações técnicas e administrativas vigentes à época dos fatos, exceto nos casos em que os atos profissionais clínicos ou as intervenções cirúrgicas tenham ocorrido em situações emergenciais, nas quais havia risco de vida para o paciente;**
- d) atos profissionais proibidos por leis específicas ou normas técnicas ou administrativas;**
- e) danos a bens em poder do Segurado, para guarda ou custódia, transporte, uso ou manipulação ou execução de quaisquer trabalhos;**
- f) danos a veículos sob guarda do Segurado;**
- g) danos causados a empregados ou prepostos do Segurado quando a seu serviço;**
- h) danos causados a empregados ou prepostos do Segurado quando a seu serviço;**
- i) danos causados pela ação paulatina de temperatura, umidade, infiltração e vibração, bem como por poluição, contaminação e vazamento;**
- j) danos causados pelo manuseio, uso ou por imperfeição de produtos fabricados, vendidos, negociados ou distribuídos pelo Segurado, depois de entregues a terceiros, definitiva ou provisoriamente, e fora dos locais ocupados ou controlados pelo Segurado;**
- k) danos causados por construção, demolição, reconstrução ou alteração estrutural do imóvel, bem como qualquer tipo de obra, inclusive instalações e montagens, admitidos, porém, pequenos**

- trabalhos de reparos destinados à manutenção do imóvel;
- l) danos decorrentes da circulação de veículos terrestres fora dos locais de propriedade, alugados ou controlados pelo Segurado, e ainda os danos relacionados com a existência, uso e conservação de aeronaves e aeroportos;**
 - m) danos decorrentes da recusa do atendimento a pacientes;**
 - n) danos decorrentes de infecção hospitalar desenvolvida antes das 72 horas da admissão do paciente, salvo se a infecção estiver associada a procedimentos médicos realizados durante esse período. Não serão cobertas as reclamações de infecções hospitalares caso o Segurado não possua programa de controle de infecções hospitalares ou este não esteja de acordo com as determinações dos órgãos fiscalizadores;**
 - o) danos decorrentes de roubo, extravio ou furto de bens de qualquer espécie, pertencentes a terceiros, ainda que ocorridos no interior do Estabelecimento de Saúde Segurado;**
 - p) 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;**
 - q) danos ocasionados pela prestação de serviços profissionais, efetuados por pessoas que não estejam legalmente habilitadas a exercê-los, inclusive aqueles ligados às atividades auxiliares de colaboração, administração e assessoria;**
 - r) 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;**
 - s) danos produzidos pela existência e/ou utilização de aparelhos e/ou tratamentos não reconhecidos pela ciência médica e/ou não autorizados pela autoridade competente;**
 - t) 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. Danos originados da infecção ou contaminação com o vírus tipo HIV, HTLV I, HTLV II, 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 Imuno Deficiência Adquirida (AIDS), ou quaisquer vírus ou complexo virótico (ARC), e/ou Síndrome que estiver relacionada com este último, qualquer que seja seu nome, exceto que haja solicitado sua cobertura ao preencher a proposta e haja pago o prêmio correspondente;**
 - u) danos produzidos por tratamentos, indicação e administração de medicamentos não reconhecidos, aceitos ou aprovados pela ciência médica e órgãos competentes;**
 - v) danos relacionados com a remoção de pacientes em ambulâncias e/ou aeronaves;**
 - w) enfermidades genéticas, no caso em que se determine que elas tenham sido causadas por uma manipulação genética por parte do Segurado;**
 - x) evento ocorrido em período anterior ao da contratação da primeira apólice da série contínua de renovações, conhecido ou não pelo Segurado;**

- y) 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;
- z) o não cumprimento da obrigação do sigilo profissional por parte do Segurado, salvo quando houver dever legal de denunciar a existência de um crime ou delito, ou ainda, por decisão judicial transitada em julgado seja obrigado a quebrar seu sigilo;
- aa) perdas financeiras, inclusive lucros cessantes, não decorrentes de dano corporal e/ou dano material sofridos pelo reclamante e cobertos pelo presente contrato;
- bb) responsabilidade decorrente do não cumprimento de qualquer contrato, verbal ou escrito, propaganda, sugestão, promessa de êxito que 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;
- cc) transmutações nucleares quando não derivarem do uso terapêutico da Energia Nuclear;
- dd) reclamações decorrentes da simples descaracterização estética cujo resultado não seja satisfatório ao terceiro sem que haja modificação prejudicial, duradoura ou permanente da aparência externa da pessoa, causando-lhe redução ou eliminação de padrão de beleza;
- ee) defesas judiciais, honorários advocatícios, periciais e/ou quaisquer despesas processuais, quando o segurado for classificado como Hospital ou Clínica com Cirurgia, bem como de seu Diretor Clínico Responsável.

8. ENCARGOS DE TRADUÇÃO

- 8.1. Os eventuais encargos de tradução referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.

9. CONTRATAÇÃO/ACEITAÇÃO/VIGÊNCIA

- 9.1. A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado. A proposta escrita conterá os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. A sociedade seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 9.2. A sociedade seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a proposta, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. A ausência de manifestação, por escrito, nos prazos previstos, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

- 9.3. Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, o prazo para manifestação será suspenso, até que o ressegurador se manifeste formalmente.** Nesta hipótese, é vedada a cobrança de prêmio total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta. A sociedade seguradora informará por escrito, ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, sobre a inexistência de cobertura.
- 9.4.** A solicitação de documentos complementares poderá ocorrer apenas uma vez, desde que a sociedade seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos para avaliação da proposta ou taxaço do risco.
- 9.5.** No caso de Pessoa Jurídica a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto (quinze dias), desde que a sociedade seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos para avaliação da proposta ou taxaço do risco.
- 9.6.** No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da 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.
- 9.7.** A sociedade seguradora, obrigatoriamente, procederá a comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa.
- 9.8.** As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 h das datas para tal fim neles indicadas.
- 9.9.** Não havendo pagamento de prêmio quando do protocolo da proposta, o início de vigência da cobertura coincidirá com a data da aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 9.10.** Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.
- 9.11.** Em caso de recusa da proposta dentro dos prazos previstos, a cobertura prevalecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o proponente, seu representante ou o corretor de seguros tiver conhecimento formal da recusa.
- 9.12.** O valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, sendo restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “pro rata temporis”

correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

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

9.14. A Apólice indica, expressamente, a data de retroatividade da cobertura, podendo na sua renovação ser alterada, de comum acordo, para outra data anterior.

10. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

10.1. Fica entendido e acordado que o Limite Máximo de Indenização desta apólice representa o limite máximo indenizável por reclamação ou pelo conjunto das reclamações apresentadas, em decorrência de um único e mesmo evento, verificado no decorrer da vigência do contrato.

10.2. Para efeito deste contrato fica estabelecido que:

- a) Se encontrando vigente a apólice, quer no seu primeiro período de um ano, quer em sua(s) renovação(ões), em qualquer reclamação prevalecerá sempre, o Limite Máximo de Indenização vigente na data da reclamação.
- b) Não existindo a apólice vigente na data de reclamação, prevalecerá o último Limite Máximo de Indenização contratada pelo Segurado, imediatamente anterior a data da reclamação.

10.3. O segurado, a qualquer tempo, poderá subscrever nova proposta ou solicitar emissão de endosso, para alteração do limite da garantia contratualmente previsto, ficando a critério da sociedade seguradora sua aceitação e alteração do prêmio, quando couber.

11. RENOVAÇÃO

11.1. A renovação do contrato de seguro é facultativa e será estabelecida conforme o item **31.10. CLÁUSULA DE RENOVAÇÃO DO SEGURO.**

12. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

12.1. 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.

12.2. 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 sentença judicial transitada em julgado e/ou por acordo entre as partes, nesta última hipótese com a anuência expressa das sociedades Seguradoras envolvidas.

12.3. 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.

12.4. A indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em hipótese alguma, o valor do prejuízo vinculado à cobertura considerada.

12.5. 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:

- I. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato 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;
- 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 Indenização, 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 II, deste artigo.
- 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 III, deste artigo;
- IV. Se a quantia a que se refere o inciso III, deste artigo 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;
- V. Se a quantia estabelecida no inciso III, for maior que o prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada sociedade Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele inciso.

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

12.7. Salvo disposição em contrário, a sociedade 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.

13. ALTERAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DOS VALORES CONTRATADOS

13.1. Todos os valores constantes dos documentos que integram este seguro serão expressos em moeda corrente nacional, vedada à utilização de unidade monetária de qualquer outra natureza.

13.2. Durante a vigência da apólice, a Seguradora e o Segurado poderão convencionar a mudança das condições do contrato de seguro de comum acordo, registrando-se as alterações através de endosso ou anexo à apólice, sendo esse documento considerado parte integrante do contrato de seguro.

13.2.1. As alterações procedidas no contrato nos termos descritos acima, surtirão efeito legal a partir das 24:00 horas do dia marcado para início de vigência do endosso ou anexo ao contrato.

13.3. Decidindo o Segurado e a Seguradora pelo aumento do Limite Máximo de Indenização, caberá à Seguradora o cálculo da fração do prêmio a ser paga pelo Segurado.

13.4. Na hipótese de inclusão ou exclusão de cobertura, estas movimentações se aplicarão apenas a eventos efetivamente ocorridos a partir da data da inclusão.

13.5. A alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Segurado, seu representante ou seu corretor de seguros que deverá conter todos os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco, cabendo à Seguradora fornecer o protocolo que identifique o recebimento, com indicação de data e hora da recepção.

14. PAGAMENTO DE PRÊMIOS

14.1. O prêmio deste seguro poderá ser pago à vista ou parceladamente, não podendo a primeira parcela ser paga em prazo superior a 30 dias, contados da emissão da apólice, endosso ou aditivo, bem como a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar a vigência desta apólice.

14.2. A cobrança do prêmio será efetuada através de boleto bancário, débito em conta, cartão de crédito ou débito, cheque ou qualquer outro meio de pagamento permitido por lei. Do documento de cobrança, constarão, dentre outros, os seguintes elementos: nome do segurado; valor do prêmio; data da emissão; número da proposta de seguro; e data limite para pagamento.

14.3. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o item anterior diretamente ao segurado ou seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor do seguro, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

14.4. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte em que houver expediente bancário.

14.5. A falta de pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela, na data limite para pagamento, implicará o cancelamento automático da apólice, independente de qualquer aviso ou notificação.

14.6. No caso de fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, tomando-se por base a Tabela de Prazo Curto, a seguir apresentado:

RELAÇÃO % ENTRE APARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL	RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

Nota: Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

14.7. A Seguradora informará ao segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do item acima.

14.8. O segurado poderá restaurar o prazo de vigência original da apólice desde que restabeleça o pagamento do prêmio das parcelas pactuadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro de 30 dias corridos a contar do vencimento da referida parcela.

14.9. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no item 14.6, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito e, com efeito, imediato o cancelamento do contrato de seguro, independente de qualquer aviso ou notificação.

- 14.10.** Ocorrendo o sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou por de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.
- 14.11.** Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do contrato de seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser pagas imediatamente ou deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.
- 14.12.** Em caso de parcelamento do prêmio, não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento. Se o segurado antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, a Seguradora procederá à redução proporcional dos juros pactuados.
- 14.13.** É 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.

15. ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES DECORRENTES DO CONTRATO

- 15.1.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 15.2.** O índice pactuado para a atualização de valores deste seguro é o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE).
- 15.3.** Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido acima, a partir da data em que se tornarem exigíveis.
- 15.3.1. No caso de cancelamento do contrato:** a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da sociedade seguradora;
- 15.3.2. No caso de recebimento indevido de prêmio:** a partir da data de recebimento do prêmio;
- 15.3.3. No caso de recusa da proposta:** a partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.
- 15.4.** Os demais valores (incluindo a indenização) das obrigações pecuniárias das sociedades seguradoras sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido acima, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a partir da data de exigibilidade.

15.5. Para efeito do item anterior, consideram-se como data de exigibilidade a data de ocorrência do evento.

15.6. 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.

16. APLICABILIDADE DE MORA

16.1. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de multa de 2% por cento, quando prevista, e de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado nestas Condições Gerais, respeitada a regulamentação específica, particularmente no que se refere ao limite temporal para a liquidação e faculdade de suspensão da respectiva contagem.

16.2. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado nestas condições gerais serão calculados com base na taxa de 1% (um por cento) ao mês.

17. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

17.1. Este seguro não possui quaisquer tipos de carências.

17.2. Poderão ser aplicadas franquias neste seguro. As franquias, quando estabelecidas, estarão descritas na apólice de seguro.

18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

18.1.1. Verificada a responsabilidade civil profissional médica do Segurado, nos termos deste contrato com apresentação do traslado do Acordo celebrado entre as partes ou, na via judicial, traslado do Acordo Homologado ou traslado da Sentença Judicial transitada em julgado, o Segurador indenizará ou reembolsará o montante dos prejuízos regularmente apurados, observando o limite máximo de indenização, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias.

18.1.2. O não pagamento da indenização no prazo previsto no item acima implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização.

18.1.3. No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, com base em dúvida fundada e justificável, o prazo de 30 dias constantes do item acima, será suspenso, reiniciando sua contagem a partir do dia útil subsequente

àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

- 18.1.4. Qualquer acordo judicial ou extrajudicial com o terceiro seus beneficiários ou herdeiros só será reconhecido pelo Segurador se tiver sua prévia anuência. Na hipótese do Segurado recusar, prévia e expressamente, acordo recomendado pelo Segurador e já aceito pelo terceiro fica desde já acordado que o Segurador não responderá por quaisquer quantias acima daquela pela qual seria o sinistro liquidado conforme o acordo recusado.**
- 18.1.5. Proposta qualquer ação cível ou penal contra o Segurado, seus prepostos ou diretor clínico, deverá o mesmo observar as disposições contidas no item 28.
- 18.1.6. Se a reparação pecuniária devida pelo Segurado compreender pagamento imediato de quantia líquida e certa e prestação de renda ou pensão, o Segurador, dentro do limite do Limite Máximo de Indenização, pagará preferencialmente o valor imediato representado por quantia líquida e certa.
- 18.1.7. Quando o Segurador, ainda dentro daquele limite, tiver que contribuir também para o capital garantido da renda ou pensão, o fará mediante o fornecimento ou aquisição de títulos em seu próprio nome, cujas rendas serão inscritas em nome da(s) pessoa(s) com direito à indenização, com cláusula estabelecendo que, cessada a obrigação, tais títulos reverterão ao patrimônio do Segurador.**
- 18.1.8. Se o Segurador entender que a responsabilidade do sinistro, total ou parcialmente, é do Segurado, e a quantia reclamada superar a Limite Máximo de Indenização da apólice, somente poderá realizar acordo judicial ou extrajudicial, com a devida e expressa anuência do Segurado.
- 18.1.9. Na hipótese da indenização efetivamente devida ultrapassar a Limite Máximo de Indenização e se no prazo de 30 (trinta) dias, o Segurado não manifestar expressamente sua concordância, ou não depositar em favor do Segurador o valor que exceder ao Limite Máximo de Indenização relativa ao sinistro, este último deixará de prestar sua assistência.
- 18.1.9.1. Nessa hipótese ficará à disposição do Segurado o limite da Limite Máximo de Indenização ou o que dela restar, podendo**

este, inclusive, pagar tal quantia a um terceiro, sempre que exista uma decisão judicial que assim o disponha.

- 18.2.** Correrão, obrigatoriamente, por conta da sociedade seguradora, até o limite máximo da garantia fixado no contrato as despesas de salvamento comprovadamente efetuadas pelo segurado durante e/ou após a ocorrência de um sinistro;
- 18.3.** Correrão, por conta da sociedade seguradora até o limite máximo de indenização da garantia fixado no contrato as despesas de salvamento referentes a danos materiais comprovadamente efetuadas pelo segurado e/ou terceiros na tentativa de evitar o sinistro, minorar o dano ou salvar a coisa, durante e/ou após a ocorrência de um sinistro.
- 18.4.** O limite máximo da garantia contratada será também utilizado, até a sua totalidade, para cobrir as despesas de salvamento e os valores referentes aos danos materiais comprovadamente causados pelo segurado e/ou por terceiros na tentativa de evitar o sinistro, minorar o dano ou salvar a coisa.
- 18.5.** Para liquidação do sinistro, o Segurado deverá apresentar à Seguradora os seguintes documentos básicos:
- a) Aviso de sinistro, detalhando o fato;**
 - b) Cópia do Estatuto Social ou Contrato Social devidamente registrado em órgão competente (Junta Comercial ou Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas);**
 - c) Cópia da Eleição da atual Diretoria ou nomeação de Administradores, devidamente registrado em órgão competente (Junta Comercial ou Cartório de Registro de pessoas Jurídicas);**
 - d) Cópia do cartão do CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;**
 - e) Cópia do comprovante de endereço da empresa Segurada e Beneficiário (a) contendo: logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação – UF, por meio de apresentação de contas de concessionárias de serviços públicos (Luz, Gás, etc.);**
 - f) Cópia da conta de telefone fixo;**
 - g) Cópia do Balanço referente ao último exercício ou o Balancete, não podendo ser anterior a 6 meses;**
 - h) Cópia de toda a documentação clínica que envolva o atendimento prestado pelo Segurado;**
 - i) Cópia do Acordo Extrajudicial, intermediado pelo advogado da Seguradora ou por advogado indicado pelo Segurado, desde que com anuência prévia da Seguradora;**
 - j) Cópia da Sentença com transito em julgado ou de Acordo homologado judicialmente;**

- k) Cópia de outra apólice de seguro de Responsabilidade Civil Profissional que o Segurado venha a ter em outra Seguradora;
- l) Comprovação do pagamento do prêmio do seguro;
- m) Cópia de recibos, contrato de honorários advocatícios ou de quaisquer outros documentos que venham compor a liquidação de Sinistro, bem como despesas originadas com o atendimento de Sinistro e
- n) Cópia de outros documentos que a Seguradora venha a entender necessário no caso concreto.

19. REINTEGRAÇÃO

19.1. Não há reintegração do Limite Máximo de Indenização das coberturas contratadas.

20. PERDA DE DIREITOS

20.1. O segurado perderá o direito à indenização, se agravar intencionalmente o risco.

20.2. Se o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

20.3. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má fé do segurado, a sociedade seguradora poderá, na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

20.4. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má fé do segurado, a sociedade seguradora poderá, na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:

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

20.5. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má fé do segurado, a sociedade seguradora poderá, na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral,

cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

20.6. O segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má fé.

20.7. A sociedade seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

20.8. O 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.

20.9. Na hipótese de continuidade do contrato, a sociedade seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

20.10. Sob pena de perder o direito à indenização, o segurado participará o sinistro à sociedade seguradora, tão logo tome conhecimento, e adotará as providências imediatas para minorar suas consequências.

21. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

21.1. Sob pena de suspensão ou rescisão do contrato de seguros, o Segurado se obriga a:

21.1.1. Pagar o Prêmio de Seguro fixado.

21.1.2. Dar imediato aviso ao Segurador, preenchendo todos os dados solicitados nos formulários confeccionados para tal efeito, a partir da data que tenha tomado conhecimento da ocorrência de qualquer ato, fato, carta, citação, intimação, reclamação, demanda, ou documento que se relacione com sinistro coberto por este contrato.

21.1.3. Dar imediata ciência ao Segurador da contratação ou da rescisão de qualquer outro seguro, referente aos mesmos riscos previstos neste contrato.

21.1.4. Zelar e manter em bom estado de conservação e segurança todos os documentos relacionados com a atividade exercida pelo estabelecimento Segurado, inclusive prontuários, documentos fiscais e técnicos, comunicando a Seguradora, por escrito, qualquer situação que possa levar a perda, destruição ou deterioração, total ou parcial, dos citados

documentos.

21.1.5. Não reconhecer responsabilidade alguma perante o paciente/terceiro, por qualquer evento que possa gerar uma reclamação, nem celebrar transações e/ou acordos, sem a devida e específica autorização, por escrito, do Segurador.

21.1.6. Fornecer, a qualquer tempo, toda a documentação e informação solicitada pela Seguradora.

21.1.7. Fica ainda convencionado que o Segurador, para efeito de cobertura dos sinistros relacionados aos riscos cobertos, deverá sempre, durante todo o período de vigência da apólice, respeitar, cumprir e praticar efetivamente as seguintes Normas e procedimentos técnicos obrigatórios, que representam Condições de Qualidade Implícitas e de Prevenção do Risco de Perdas Econômicas, Financeiras, Patrimoniais e de Prestígio Profissional:

21.1.7.1. Disponibilizar sempre que solicitado, a correspondente habilitação para o exercício da profissão que deverá estar em pleno vigor, sem qualquer tipo de restrição.

21.1.7.2. Ter adequado registro do seu atendimento através do prontuário do paciente no seu consultório.

21.1.8. Descrever, em forma concisa, verdadeira e ordenada, toda a sua atuação profissional e/ou de 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.

21.1.8.1. O procedimento acima é exigido, valendo também para a confecção dos demais documentos que compõem o prontuário do paciente, o protocolo cirúrgico e anestésico, registros de monitoração cardiológica intra-operatória, fetal e/ou resultado dos estudos complementares transcritos ou anexos ao prontuário.

21.1.8.2. Ter no prontuário do paciente ou ficha do consultório um formulário que demonstre a existência de um processo de consentimento informado, como ato profissional prévio a intervenção cirúrgica

ou tratamento programado para o paciente, que permita que o mesmo ou quem o represente, entendeu o que foi explicado pelo profissional da saúde.

21.1.9. O Segurador se reserva o direito de praticar Auditoria Médico–Legal da Documentação Clínica e demais documentação relacionada com o atendimento ao paciente e das práticas médicas institucionais, assim como da aplicação, utilização e documentação do Processo de Consentimento Informado, conforme já estabelecido.

21.1.10. O não cumprimento, por parte dos credenciados do Segurado, das obrigações e normas estabelecidas nesta cláusula, acarretará a suspensão ou rescisão do contrato de seguro, consoante a análise procedida pela Seguradora.

22. FORO

22.1. As questões judiciais entre o segurado e a sociedade seguradora serão processadas no foro do domicílio do segurado. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diferente do domicílio do segurado.

23. CANCELAMENTO DO SEGURO

23.1. Este seguro poderá ser cancelado total ou parcialmente, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.

23.2. Quando o cancelamento se der por iniciativa do segurado, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte referente ao período de cobertura entre a data do início de vigência e a data do cancelamento, calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto constante do subitem 14.6 destas Condições Gerais.

23.3. Para prazos não previstos na Tabela de Prazo Curto deverá ser utilizado percentual correspondente no prazo imediatamente inferior, salvo se o prazo for menor do que constante na 1ª faixa.

23.4. Caso o prazo seja menor ao constante na 1ª faixa da Tabela de Prazo Curto, o percentual a ser utilizado será obtido por meio de interpolação linear, sendo considerado com o limite zero e a 2ª faixa da Tabela de Prazo Curto.

23.5. Quando o cancelamento se der por iniciativa da Seguradora, esta reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, desde o início de vigência da apólice.

24. RESCISÃO CONTRATUAL

24.1. A rescisão total ou parcial do contrato poderá ser realizada a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, mas sempre com a concordância recíproca.

24.2. Na hipótese de rescisão a pedido da sociedade seguradora, esta reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

24.3. Na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora pode reter, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto, encontrada no Art. 46 da Circular SUSEP N° 256/2004.

24.4. Para prazos não previstos na tabela constante da alínea “b” do Art. 46 da Circular SUSEP N° 256/2004 deve ser informado que será utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior ou o calculado por interpolação linear entre os limites inferior e superior do intervalo.

25. BENEFICIÁRIO

25.1. O Beneficiário deste seguro é o próprio Segurado.

26. SUB-ROGAÇÃO

26.1. Paga a indenização, o segurador sub-roga-se, nos limites do valor respectivo, nos direitos e ações que competirem ao segurado contra o autor do dano.

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

26.3. É ineficaz qualquer ato do segurado que diminua ou extinga, em prejuízo do segurador, os direitos a que se refere este item.

27. PRAZOS

27.1. Todos os prazos estabelecidos na presente apólice serão computados, a partir das 24 horas da data indicada.

28. CLÁUSULA DE DEFESA EM JUÍZO CIVIL E/OU CRIMINAL

28.1. A cobertura prevista nesta apólice, observado o Limite Máximo de Indenização, compreende também, a defesa judicial do Segurado, tanto na esfera civil, como criminal, em relação exclusivamente aos eventos cobertos.

28.1.1. Qualquer medida civil ou criminal contra o Segurado, inclusive intimações para ser ouvido em declarações e inquérito policial, deverá ser imediatamente comunicada à Seguradora, antes da realização de qualquer ato processual e/ou administrativo na esfera civil ou criminal.

28.1.2. A comunicação feita pelo Segurado deverá se fazer acompanhar da cópia da notificação e/ou citação e/ou intimação por ele recebida, além de todos os documentos que possua, pertinente ao evento.

28.2. A Seguradora, para efeito desta apólice, poderá a pedido expresso do Segurado indicar advogados e peritos para sua defesa.

28.2.1. Neste caso, a Seguradora poderá a pedido expresso do Segurado, adiantar o valor correspondente aos honorários deste profissional contratado pelo Segurado.

28.3. Na hipótese do Segurado, contratar diretamente advogados para sua defesa, ficará a cargo dele todas as despesas e/ou honorários decorrentes da intervenção judicial ou extrajudicial dos mesmos, sendo reembolsado até o limite de 3 (três) vezes a tabela mínima da OAB (Ordem dos advogados do Brasil), vigentes à época da reclamação, observado sempre o limite máximo de Indenização no somatório da indenização, despesas e honorários.

28.4. Na hipótese de serem deferidas medidas cautelares, que impliquem em arresto, sequestro, penhora, indisponibilidade de bens do Segurado, ou ainda, obrigação de pagamento antecipado, este não poderá exigir que a Seguradora substitua as garantias ou efetue pagamentos antecipados.

28.5. Fica entendido que a opção da escolha do advogado para sua defesa será sempre do Segurado.

29. CLÁUSULA DE AGRAVAÇÃO DO RISCO

29.1. O Segurado deverá abster-se de tudo o que possa, de alguma forma, agravar o risco objeto deste Seguro durante a vigência da apólice.

29.2. O agravamento do risco, por parte do Segurado, durante a vigência da apólice, é causa para rescisão imediata do seguro pela Seguradora, se comprovado que silenciou de má fé.

29.3. O ônus da prova da ocorrência do agravamento do risco por parte do Segurado incumbe à Seguradora, o qual poderá recorrer a todos os meios de prova, em direito admitidos, para demonstrar a ocorrência do agravamento.

29.4. O Segurado está obrigado a dar aviso imediato à Seguradora de todas as mudanças que ocorram ou possam ocorrer, as quais de forma direta ou indireta, venham a agravar o risco Segurado.

29.4.1. Quando o agravamento for causado comprovadamente por culpa do Segurado, a cobertura desta apólice ficará automaticamente suspensa.

29.5. A Seguradora, tomando conhecimento do agravamento do risco, deverá notificar, por escrito, ao Segurado da sua decisão de cancelar o contrato ou restringir a cobertura contratada, desde que o faça no prazo de 15 dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco.

29.6. Quando o agravamento resultar de um fato alheio ao Segurado, ou se este o permitiu ou o provocou por razões alheias à sua vontade, a Seguradora deverá notificar sua decisão de rescindir o contrato dentro do prazo de 1 (um) mês e com o aviso prévio de 7 (sete) dias.

29.7. Se o Segurado se omitir na comunicação do agravamento do risco, a Seguradora não estará obrigada ao pagamento de qualquer indenização, se o sinistro ocorrer durante o período em que se deu o agravamento do risco, exceto se:

- a) O Segurado incorra na omissão ou demora sem culpa ou negligência; e**
- b) A Seguradora já conhecia do agravamento do risco ao tempo em que a comunicação deveria ter sido feita pelo Segurado.**

29.8. A rescisão do contrato, nas circunstâncias desta cláusula, dá direito à Seguradora:

- a) De receber o prêmio proporcional ao tempo transcorrido entre o início de vigência da apólice e a denúncia, se o agravamento do risco for comunicado oportunamente; e**
- b) No caso contrário, a receber o prêmio por todo o período**

do seguro até a data da efetiva rescisão, se o agravamento do risco não for comunicado nos prazos estabelecidos nesta cláusula.

30. PRAZOS PRESCRICIONAIS

30.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

31. APÓLICES A BASE DE RECLAMAÇÃO

31.1. As apólices à base de reclamações indicarão, expressamente, em destaque, em sua especificação, além de sua vigência, o período de retroatividade ou a data limite de retroatividade da apólice, ou de cada cobertura, quando couber, sem prejuízo de outras informações exigidas pelas normas em vigor.

31.2. As apólices à base de reclamações terão duração mínima de 1 (um) ano para a vigência .

31.2.1. Excetuam-se os casos em que o segurado pretenda fazer coincidir o término de vigência do seguro de responsabilidade civil (à base de reclamações) com o término de vigência de outras apólices, todas por ele contratadas em uma mesma seguradora.

31.3. CLÁUSULA DE GARANTIA

31.3.1. Fica estabelecido nesta apólice à base de reclamações, são condições necessárias para que o Segurado possa pleitear a garantia sem prejuízo das demais disposições destas Condições Gerais:

- a. Que o terceiro apresente a reclamação ao Segurado:
 - I. Durante o período de vigência da apólice; ou
 - II. Durante o prazo adicional, quando cabível;
- b. Que as reclamações estejam vinculadas a danos, cujo fato gerador tenha ocorrido durante a vigência da apólice ou durante o período de retroatividade.

31.4. CLÁUSULA DECLARATÓRIA

31.4.1. Por ocasião da aceitação da proposta, se houver previsão de período de retroatividade anterior ao início da vigência da primeira apólice do seguro, o segurado deverá apresentar declaração informando desconhecer a ocorrência, durante o proposto período de retroatividade, de quaisquer fatos ou atos que poderiam dar origem, no futuro, a uma reclamação garantida pelo seguro.

31.4.1.1. A cláusula declaratória é aplicável tanto na contratação inicial de uma apólice à base de reclamações, quando acordado período de retroatividade anterior à data de início de vigência, quanto na hipótese de transferência da apólice para outra sociedade seguradora, se houver manutenção, ainda que parcial, do período de retroatividade do seguro transferido.

31.5. CLÁUSULA DE PRAZO ADICIONAL

31.5.1. O Prazo Adicional é o período adicional 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.

31.5.2. Será concedido ao Segurado, sem qualquer ônus, um prazo adicional de 01 (um) ano para a apresentação de reclamações, por terceiros contados a partir do término de vigência da apólice, 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 a apólice for cancelada, desde que o cancelamento 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.

31.5.3. O Prazo Adicional concedido não se aplica àquelas coberturas cujo pagamento das indenizações tenha atingido o respectivo limite agregado;

31.5.4. O Prazo Adicional se aplica às coberturas previamente contratadas e que não foram incluídas na renovação do seguro, desde que estas não tenham sido canceladas por determinação legal, ou por falta de pagamento do Prêmio.

31.5.5. O Prazo Adicional não resultará, em qualquer hipótese, na prorrogação do Período de Vigência.

31.5.6. O Segurado poderá contratar novo prazo adicional de 1 ano, 2 anos ou 3 anos. Os prêmios adicionais correspondentes serão cobrados segundo a tabela abaixo:

Coeficiente Sinistro/Prêmio	Opção		
	1 ano	2 anos	3 anos
Sem sinistro	20%	25%	30%
até 20%	30%	35%	40%
até 40%	50%	60%	70%
até 60%	80%	90%	100%
até 80%	100%	115%	130%
até 100%	130%	150%	170%
acima de 100%	150%	170%	200%

Nota 1: coeficiente sinistro/prêmio será apurado com base no período de vigência da apólice e do prazo adicional concedido pela Seguradora, até a data da opção.

Nota 2: na hipótese de o prêmio calculado com base na tabela acima ser superior à garantia remanescente da apólice, o valor do mesmo ficará limitado ao valor da garantia.

- 31.5.6.1. Haverá data-limite fixada de 6 (seis) meses após o início do prazo adicional concedido pela Seguradora para o Segurado exercer o direito de contratação do novo prazo adicional, observado o disposto no item 31.4.6., e o respectivo pagamento deverá ser efetuado no ato da contratação.
- 31.5.6.2. A contratação da respectiva cláusula não acarretará, em hipótese alguma, a ampliação do período de vigência do contrato de seguro.
- 31.5.6.3. Somente por uma única vez, o segurado terá direito à contratação do novo prazo adicional, imediatamente subsequente ao prazo adicional concedido pela Seguradora, para a apresentação de reclamações de terceiros.
- 31.5.6.4. Não será concedido o novo prazo adicional, mesmo quando contratado, para aquelas coberturas cujo pagamento de indenizações tenha atingido o respectivo limite agregado, ou se for atingido o limite máximo de garantia da apólice, quando estabelecido.

31.5.7. A 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.

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

31.6. CLÁUSULA DE TRANSFORMAÇÃO DE APÓLICE

31.6.1. A apólice à base de reclamação poderá ser transformada em apólice à base de ocorrência durante a vigência da primeira.

31.6.1.1. A vigência da apólice à base de ocorrência, em caso de transformação, deve compreender a vigência e o período de retroatividade da apólice à base de reclamações.

31.6.2. Na possibilidade de transformação da apólice, fica estabelecido que:

31.6.2.1. O pagamento prêmio adicional deverá ser calculado de acordo com a última coluna da tabela constante no subitem 31.5.6., com uma agravação de 10% por ano de retroação, até o limite de 50%.

31.6.2.2. Haverá data limite fixada de 6 (seis) meses após o início do prazo adicional para o Segurado exercer o direito de contratar a cláusula disposto no subitem 31.6.1. acima, sendo o prêmio devido no ato da contratação.

31.6.3. A contratação da cláusula do subitem 31.6.1. será efetuada através formulário próprio, que passará a fazer parte integrante do contrato;

31.6.4. Na hipótese de pagamentos de indenizações que esgotem o limite agregado, a apólice será automaticamente cancelada.

31.7. CLÁUSULA DE LIMITE AGREGADO

31.7.1. Não há reintegração do Limite Máximo de Indenização das coberturas contratadas.

31.7.2. A cobertura será cancelada na hipótese de o pagamento das indenizações, vinculadas à mesma, esgotar o respectivo limite agregado.

31.7.3. O valor total máximo indenizável por cobertura, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos ou despesas relacionadas aos sinistros ocorridos, será fixado na Apólice e estipulado como o produto do Limite Máximo de Indenização por um fator superior ou igual a um.

31.7.4. Não obstante a ampliação prevista neste item, fica entendido e acordado que o Limite Máximo de Indenização continua sendo o limite máximo de responsabilidade da Seguradora por reclamação ou série de reclamações resultantes de um mesmo evento.

31.8. CLAUSULA DE AUMENTO DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

31.8.1. Na hipótese de aceitação por parte da Seguradora, de aumento do Limite Máximo de Indenização, durante sua vigência ou renovação, fica estabelecido que será adotado o critério restritivo, conforme abaixo:

31.8.1.1. Critério restritivo - corresponde a aplicar o novo limite apenas para as reclamações relativas a danos 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.

31.8.2. Em casos de inclusão de coberturas será estabelecido o mesmo critério acima.

31.9. CLÁUSULA DE RENOVAÇÃO DO SEGURO

31.9.1. A renovação do contrato de seguro não será efetivada enquanto não houver, manifestação do Segurado, com o pagamento da primeira parcela do prêmio.

31.9.2. Em caso de renovação de apólice de outra Seguradora e mediante acordo entre as partes, poderá ser estabelecida uma Data Retroativa de Cobertura, desde que o Segurado apresente declaração informando desconhecer fatos que possam dar origem, no futuro, a uma reclamação coberta pelo Seguro.

31.9.3. Em caso de renovações sucessivas de apólices nesta Seguradora, será estabelecida a concessão do período de retroatividade de cobertura da apólice anterior.

31.9.4. Na hipótese de renovações estabelecidas no item acima o Segurado terá como data limite de retroatividade, em cada renovação de uma apólice à base de reclamações, a data pactuada por ocasião da contratação da primeira apólice, facultada, mediante acordo entre as partes, a fixação de outra data, anterior àquela, hipótese em que a nova data prevalecerá nas renovações futuras.

31.10. CLÁUSULA DE TRANSFERÊNCIA DE APÓLICE

31.10.1. Em caso de transferência plena dos riscos compreendidos na apólice precedente, a Seguradora poderá, mediante cobrança de prêmio adicional e desde que não tenha ocorrido solução de continuidade do seguro, admitir o período de retroatividade de cobertura da apólice precedente.

31.10.2. Uma vez fixada data limite de retroatividade igual ou anterior à da apólice vencida, a sociedade seguradora precedente ficará isenta da obrigatoriedade de conceder o prazo adicional. Porém, se a data limite de retroatividade, fixada na nova apólice, for posterior à data limite de retroatividade precedente, o segurado, na apólice vencida, terá direito à concessão de prazo adicional. E neste caso, a aplicação dos prazos adicionais ficará restrita à apresentação de reclamações de terceiros relativas a danos ocorridos no período compreendido entre a data limite de retroatividade precedente, inclusive, e a nova data limite de retroatividade.

31.11. CLÁUSULA DE NOTIFICAÇÕES

31.11.1. Com a adoção desta cláusula, a apólice à base de reclamações cobrirá também as reclamações futuras de terceiros prejudicados, relativas a fatos ou circunstâncias ocorridos entre a data limite de retroatividade, inclusive, e o término de vigência da apólice, desde que tenham sido notificados pelo segurado, durante a vigência da apólice.

31.11.2. A Cláusula de Notificações é de oferecimento facultativo pela seguradora.

31.11.3. A entrega de notificação, à sociedade seguradora, dentro do período de vigência da apólice, garante que as condições daquela particular apólice serão aplicadas às reclamações futuras de terceiros, vinculadas a fato ou à circunstância notificados pelo Segurado.

31.11.4. A Cláusula de Notificações somente produzirá efeitos se o segurado tiver apresentado, durante a vigência da apólice, a notificação relacionada ao fato, ou à circunstância, que gerou a reclamação efetuada pelo terceiro prejudicado.

31.11.5. As notificações deverão ser apresentadas tão logo o Segurado tome conhecimento de fatos ou circunstâncias relevantes que possam acarretar uma reclamação futura por parte de terceiros, nelas indicando, da forma mais completa possível, dados e particularidades, tais como:

a) lugar, data, horário e descrição sumária do ocorrido;

b) se possível, nome, domicílio, estado civil, profissão ou ocupação do terceiro prejudicado ou falecido, se for o caso, bem como nome e domicílio de eventual testemunha; e

c) natureza dos danos e/ou das lesões corporais e suas possíveis consequências.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL PARA A INFECÇÃO OU CONTAMINAÇÃO COM O VIRUS TIPO HIV, HTLV I, HTLV II E III, LAV, CJD, HEPATITE A, B, C E D.

Fica entendido e acordado que tendo o Segurado pago prêmio adicional, o presente seguro cobre os danos direta ou indiretamente, causados por infecção e/ou contaminação com o vírus tipo HIV, HTLV I, II e III, LAV, CJD, Hepatite ou quaisquer de seus derivados ou variáveis mutantes, ou que de alguma maneira estiverem relacionados com a Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (AIDS), ou qualquer vírus ou complexo viroso (ARC -AIDS Related Complex), e/ou Síndrome que estiver relacionado com o anterior, qualquer que seja seu nome.

MEDIDAS DE SEGURANÇA

Além das obrigações constantes das Condições Gerais, deste contrato, deverá o Segurado observar todas as determinações das autoridades competentes, no que se refere a medidas de segurança e prevenção de acidentes.

RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as Condições Gerais e Específicas deste contrato que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial, não podendo esta ser contratada isoladamente.

CONDIÇÃO PARTICULAR - ESTIPULANTE

Fica entendido e acordado que o presente seguro poderá ser estipulado conforme prevê a resolução nº 434-21 do Conselho Nacional de Seguros Privados.

I. Obrigações do estipulante:

- a) Fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais ;
- b) manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente.
- c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado ;
- d) Discriminar repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- e) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
- f) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro ;
- g) comunicar, de imediato, à sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade ;
- h) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros ;
- i) comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- j) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido. ;

II. Vedações ao estipulante

É expressamente vedado ao estipulante e ao sub-estipulante:

- a) Cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade seguradora ;
- b) Efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto.

III. Obrigações da seguradora

- a) informar aos segurados a situação de adimplência do estipulante ou subestipulante, sempre que lhe for solicitado;
- b) comunicar aos segurados os casos de não repasse à sociedade seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse; e
- c) prestar ao estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as
- d) informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

IV. Remuneração do Estipulante

- a) Na hipótese de pagamento de remuneração ao estipulante ou ao sub-estipulante, é obrigatório constar do certificado individual e da proposta de adesão o seu percentual ou valor, devendo o segurado ser informado sempre que houver qualquer alteração.
- b) O não repasse dos prêmios pelo estipulante, nos prazos contratualmente estabelecidos pode acarretar o cancelamento da cobertura.
- c) A sociedade seguradora é obrigada a informar ao segurado a situação de adimplência do estipulante ou sub-estipulante, sempre que solicitado.
- d) Qualquer modificação em apólice coletiva vigente que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- e) Quando a alteração não implicar ônus, dever ou redução de direitos aos segurados, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante.

V. Cancelamento

- a) A apólice coletiva pode ser rescindida a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado e consequente cancelamento dos certificados individuais vinculados à apólice coletiva.

VI. Renovação

- a) A renovação que não implicar alteração da apólice coletiva com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou redução de seus direitos, poderá ser feita pelo estipulante.
- b) No caso de não renovação da apólice coletiva, deverá ser observado que:

- b)1. na hipótese de, eventualmente, existirem certificados individuais cujo fim de vigência ultrapasse o fim de vigência da apólice não renovada, a apólice e o respectivo contrato coletivo deverão ter suas vigências estendidas, pelo estipulante e pela sociedade seguradora, até o final de vigência especificado nos certificados individuais já emitidos; e
- b)2. é expressamente vedada a emissão de novos certificados individuais durante o período de vigência estendida.

Ratificam-se as Condições Contratuais que não tenham sido alteradas por esta Condição Particular, não podendo esta ser contratada isoladamente.