

CONDIÇÕES GERAIS - RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL
ÁREA DA SAÚDE

SEGURO À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÕES

01 – APRESENTAÇÃO

Este contrato de seguro está subdividido em três partes, as quais, em conjunto, recebem o nome de Condições Contratuais:

1. As Condições Gerais reúnem as disposições comuns aplicáveis a todas as **Coberturas** incluídas nesta **Apólice** de seguro, estabelecendo as obrigações e os direitos do **Segurado** e da **Seguradora**.
2. As Condições Especiais estipulam as disposições específicas de cada uma das **Coberturas** básicas do seguro de Responsabilidade Civil Profissional, eventualmente inserindo alterações nas Condições Gerais.
3. As Condições Particulares alteram as Condições Gerais e/ou as Condições Especiais, sendo classificadas como **Coberturas** Adicionais ou Cláusulas Específicas, conforme a natureza da alteração promovida:
 - as **Coberturas** Adicionais cobrem riscos excluídos, implícita ou explicitamente, nas Condições Gerais e/ou Especiais;
 - as Cláusulas Específicas alteram ou complementam disposições das Condições Gerais, das Condições Especiais e/ou das **Coberturas** Adicionais.

02 – GLOSSÁRIO

Para facilitar a compreensão, segue uma relação com os principais termos técnicos empregados, que, quando utilizados no presente contrato de seguro, no singular ou no plural, deverão ser entendidos e interpretados de acordo com os significados contidos abaixo:

ANVISA: é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil, que exerce o controle sanitário de todos os produtos e serviços, nacionais ou importados, de medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes, derivados de tabaco, produtos médicos, sangue, hemoderivados e serviços de saúde. Também é responsável pela aprovação de processos, insumos, equipamentos e tecnologia relacionados à saúde.

APÓLICE: é o documento que a **Seguradora** emite, com numeração própria de identificação, após a aceitação do risco proposto pelo **Segurado**, e que discrimina as **Coberturas** contratadas e as condições aplicáveis.

APÓLICE À BASE DE OCORRÊNCIA: é aquela que define como objeto do seguro o pagamento e/ou reembolso das quantias, respectivamente, devidas ou pagas a terceiros, pelo **Segurado**, a título de reparação de **Danos**, estipuladas por tribunal civil, por acordo aprovado pela **Seguradora** ou proferida em processo administrativo ou arbitral, desde que:

- a) os **Danos** tenham ocorrido durante o período de vigência da **Apólice**; e
- b) o **Segurado** pleiteie a garantia durante o período de vigência da **Apólice** ou nos prazos prescricionais em vigor.

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES: forma alternativa de contratação de Seguro de Responsabilidade Civil, em que se define, como objeto do Seguro, o pagamento e/ou o reembolso das quantias, respectivamente, devidas ou pagas a terceiros, pelo **Segurado**, a título de reparação de **Danos**, estipuladas por tribunal cível, por acordo aprovado pela **Seguradora** ou proferida em processo administrativo ou arbitral, desde que:

- a) os **Danos** tenham ocorrido durante o **Período de Vigência** da **Apólice** ou durante o **Período de Retroatividade** contratualmente previsto; e
- b) o terceiro apresente a **Reclamação** ao **Segurado**:
 - i. durante a vigência da **Apólice**; ou
 - ii. durante o **Prazo Complementar**, quando aplicável; ou
 - iii. durante o **Prazo Suplementar**, quando aplicável; ou
 - iv. durante os prazos prescricionais em vigor.

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÕES: espécie de contrato celebrado, que possibilita ao **Segurado** registrar formalmente junto à **Seguradora** fatos ou circunstâncias potencialmente Danosos cobertos pelo seguro, mas ainda não reclamados, vinculando a **Apólice** então vigente a **Reclamações** futuras que vierem a ser apresentadas por **Terceiros** prejudicados. Se o **Segurado** não tiver registrado na **Seguradora** o evento potencialmente danoso, e este vier a ser reclamado no futuro por **Terceiros** prejudicados, será acionada a **Apólice** que estiver em vigor por ocasião da apresentação da **Reclamação**.

APÓLICE DE EXCESSO: trata-se da presente **Apólice**, a qual se transforma em **Apólice de Excesso**, na medida em que o seguro seja contratado dentro de um programa de seguros, no qual o **Limite Máximo de Garantia** desta **Apólice** seja contratado em faixa superior à **Apólice de Primeiro Risco** e, quando aplicável, superior às **Apólices de Excesso Intermediárias**.

APÓLICES DE EXCESSO INTERMEDIÁRIAS: são os contratos de seguro firmados pelo **Segurado** como parte integrante de um programa de seguro, cujo **Limite Máximo de Garantia** tenha sido contratado em faixas entre a **Apólice de Primeiro Risco** e esta **Apólice de Excesso**.

ATO DANOSO: qualquer ato ou omissão, a outro título que não **Dolo**, praticado ou ocorrido no exercício dos deveres inerentes a conduta da profissão do **Segurado**, que ocasiona qualquer efetiva quebra de obrigação, erros, declaração errônea, afirmações enganosas ou omissão.

ATO DOLOSO: ações ou omissões voluntárias, que remetam a ação intencional e consciente, violem direito e causem **Dano** a outrem, ainda que exclusivamente moral. **Assim como a culpa grave, é risco excluído de qualquer contrato de seguro nos termos da legislação em vigor. Se caracterizado, cancela automaticamente o presente contrato de seguro, sem direito à restituição do Prêmio, impedindo qualquer direito à Indenização por Perda e Custos de Defesa.**

AVISO DE SINISTRO: é a comunicação formal específica de uma **Reclamação** de terceiro, efetuado durante o **Período de Vigência** da **Apólice**, do **Prazo Complementar**, do **Prazo Suplementar**, se aplicáveis, ou dos prazos prescricionais em vigor, que o **Segurado** é obrigado a fazer à **Seguradora** com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do **Sinistro**.

COBERTURA: proteção contra determinado risco conferida ao **Segurado**, de acordo com as condições da **Apólice**.

COLABORADOR e/ou **EMPREGADO:** pessoa física que, mediante remuneração, presta serviços de caráter contínuo e não eventual a um empregador, sob a subordinação dele, enquanto atuar no desempenho de suas atividades. Também são considerados **Empregados**, para fins desse seguro, os prepostos, estagiários, trainees, bolsistas e terceirizados.

CONSELHOS DE CLASSE: são os órgãos Federais e Regionais regulamentadores de profissões, estabelecidos em legislação específica.

CONTRATANTE: corresponde ao **Segurado**.

CORRETOR: trata-se de pessoa física ou jurídica devidamente habilitada, registrada na **SUSEP**, e legalmente autorizada a intermediar a realização de contratos de seguro.

CUSTOS DE DEFESA: são os honorários de advogados, custas processuais, despesas de locomoção, encargos e despesas periciais, bem como demais despesas necessárias para a boa condução e adequada proteção dos interesses do **Segurado**.

DANO: refere-se a qualquer **Prejuízo** ou ônus financeiro sofrido por um **Terceiro**, desde que diretamente relacionado a um **Ato Danoso**. **Esta definição não abrange Dano Corporal, Dano Estético e Dano Moral. Para fins de Cobertura, será considerado como Dano Material aquele diretamente relacionado à Ato Danoso praticado no contexto da Prestação de Serviços coberta por esta Apólice.**

DANO CORPORAL: refere-se a qualquer **Dano** produzido por determinado(s) **Ato(s) Danoso(s)** que atinja(m) a integridade física de uma pessoa, provocando inclusive morte ou invalidez, total ou parcial, assim como os **Prejuízos** financeiros que resultem de tal(is) evento(s).

DANO ESTÉTICO: consiste em modificação duradoura ou permanente na aparência externa de uma pessoa, modificação esta que lhe acarreta 'enfeioamento' e lhe causa humilhações e desgostos, dando origem a uma dor moral, dor esta compreendida como **Dano Moral**.

DANO MATERIAL: consiste em qualquer **Dano** físico à propriedade tangível, inclusive todas as perdas e/ou ônus materiais relacionados com o uso dessa propriedade originados por **Ato(s) Danoso(s)**. **Esta definição não abrange Dano Moral, Dano Corporal e Dano Estético.**

DANO MORAL: lesão praticada por outrem ao patrimônio psíquico ou a dignidade da pessoa ou, mais, amplamente, aos direitos da personalidade, causando sofrimento psíquico, constrangimento, desconforto e/ou humilhação, independentemente da ocorrência conjunta de **Danos Materiais, Corporais ou Estéticos**. Para fins de Cobertura, será considerado como Dano Moral aquele diretamente relacionado à Ato Danoso praticado no contexto da Prestação de Serviços coberta por esta Apólice.

DATA RETROATIVA DE COBERTURA: data igual ou anterior ao início da vigência da primeira de uma série sucessiva e ininterrupta de **Apólices à Base de Reclamações**, a ser pactuada pelas partes por ocasião da contratação inicial do seguro, mencionada na **Especificação** para fins da definição de **Apólice a Base de Reclamações**.

DOLO: significa má-fé, referindo-se a qualquer ato consciente, por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro. É a vontade conscientemente dirigida com a finalidade de obter um resultado prejudicial a outrem.

ENDOSSO: é o documento no qual se formaliza qualquer eventual alteração na **Apólice**, negociada entre **Contratante** e a **Seguradora**.

ESPECIFICAÇÃO: documento que faz parte integrante da **Apólice**, no qual estão particularizadas as características do seguro contratado.

FATO GERADOR OU ATO DANOSO: acontecimento que produza **Danos**, garantidos pela **Apólice**, e atribuídos, por **Terceiros** prejudicados, à responsabilidade do **Segurado**, desde que este acontecimento tenha ocorrido durante o **Período de Vigência** ou durante o **Período de Retroatividade**, quando aplicável. **Ato Danoso** ou **Fato Gerador** referem-se a ações ou omissões culposas decorrentes de negligência, imprudência ou imperícia do **Segurado** na **Prestação de Serviços** ou no exercício dos deveres inerentes a conduta de sua profissão.

FRANQUIA: a importância definida na **Especificação**, que representa a participação do **Segurado** nos **Prejuízos** consequentes de cada **Perda**, ou seja, refere-se à quantia de responsabilidade do **Segurado**, quando aplicável, no pagamento de cada **Reclamação de Prejuízo(s)** financeiro(s), nos termos da **Apólice**.

INDENIZAÇÃO: é a contraprestação da **Seguradora** ao **Segurado**, em decorrência de **Reclamação** coberta pela **Apólice**.

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

LIMITE AGREGADO: representa o valor total máximo indenizável por **Cobertura** no contrato de seguro, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos ou despesas relacionados aos

Sinistros ocorridos, sendo previamente fixado e estipulado como o produto do **Limite Máximo de Indenização** por um fator superior ou igual a um.

Os **Limites Agregados estabelecidos para Coberturas distintas** são independentes, não se somando nem se comunicando. Na hipótese de ocorrência de **Sinistros** que envolvam **Coberturas distintas**, a responsabilidade da **Seguradora** se limitará ao **Limite Máximo de Garantia** estabelecido na **Especificação da Apólice**.

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 à **Reclamação**, ou série de **Reclamações** decorrentes do mesmo **Fato Gerador**. Os **Limites Máximos de Indenização estabelecidos para Coberturas distintas** são independentes, não se somando nem se comunicando. Em todo **Sinistro**, o respectivo **Limite Máximo de Indenização por Cobertura** ficará reduzido ao mesmo valor da **Indenização paga**. Na hipótese de ocorrência de **Sinistros** que envolvam **Coberturas distintas**, a responsabilidade da **Seguradora** se limitará ao **Limite Máximo de Garantia** estabelecido na **Especificação da Apólice**.

MEIOS REMOTOS DE CONTRATAÇÃO: de acordo com a Resolução CNSP nº 294/13, considera-se como Meios remotos de contratação todos aqueles que permitam a troca e/ou acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologia, tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão, a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite entre outras.

PEDIDO DE RESSARCIMENTO: comunicação formal de uma **Reclamação** com pedido de reparação de **Danos**, realizada por **Terceiro**, devidamente identificado, através de carta, mensagens eletrônicas, ligações gravadas, e-mail, registros em sites do **Segurado**, Procon ou sites especializados de comunicação de reclamações.

PERÍODO DE RETROATIVIDADE DE COBERTURA: intervalo de tempo limitado inferiormente pela data limite de **Retroatividade**, inclusive, e, superiormente, pela data de início de vigência de uma **Apólice à Base de Reclamações**.

PERÍODO INDENITÁRIO: compreende o prazo máximo em que determinados valores ou despesas seguradas serão indenizados pela **Seguradora**, contado a partir da ocorrência do **Ato Danoso** coberto.

PERDA DE EXAMES E LAUDOS: é o extravio, furto (simples ou qualificado), roubo, destruição ou danos em exames, laudos ou documentos a estes relacionados. **Desgastes naturais dos documentos não são considerados como perda**.

PRAZO ADICIONAL: é o **Prazo Adicional** para a apresentação de **Reclamação** de **Terceiros** ao **Segurado**, concedido pela **Seguradora**, a partir do término do **Período de Vigência** da **Apólice** ou da data de seu cancelamento, de acordo com os procedimentos estabelecidos na **Apólice**:

- (i) se a **Apólice** não for renovada e não for substituída por outra **apólice**;
- (ii) se a **Apólice** for transferida para outra **Seguradora** que não admita, integralmente, o **Período de Retroatividade** da **Apólice** precedente;
- (iii) se a **Apólice** for substituída por uma **Apólice à Base de Ocorrência** ao final do **Período de Vigência** na **Seguradora** ou em outra sociedade **seguradora**; ou
- (iv) se a **Apólice** for cancelada, desde que o cancelamento não tenha ocorrido por determinação legal, por falta de pagamento do **Prêmio** ou pelo fato de as indenizações por **Perda** indenizável terem exaurido o **Limite Máximo de Garantia**.

PRAZO COMPLEMENTAR: modalidade de **Prazo Adicional** concedido pela **Seguradora**, sem cobrança de qualquer **Prêmio** adicional.

PRAZO SUPLEMENTAR: modalidade de **Prazo Adicional** oferecido pela **Seguradora**, mediante a cobrança facultativa de **Prêmio** adicional. O **Prazo Suplementar** terá início em data imediatamente posterior ao término do **Prazo Complementar**.

PREJUÍZO: refere-se a: (i) condenações pecuniárias imputadas ao **Segurado** em virtude de decisão judicial, administrativa ou arbitral, transitada em julgado, acrescidas de correção monetária e juros de mora, (ii) acordos judiciais ou extrajudiciais, desde que previamente autorizados pela Seguradora; (iii) **Custos de Defesa**.

PRÊMIO: é o preço do Seguro, ou seja, é o valor pago pelo **Segurado** à **Seguradora** para que esta assuma determinados riscos.

PRESCRIÇÃO: perda do direito, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: é a realização de trabalhos profissionais especializados na área da saúde, prestados a terceiros, em troca de remuneração, honorários, comissão ou forma similar de pagamento. **Tais atividades deverão estar na especificação da Apólice, que serão objeto de cobertura para fins deste Seguro. Para efeitos de interpretação desta Apólice, não é considerado PRESTAÇÃO DE SERVIÇO o uso e a conservação de imóveis e/ou produtos comercializados e/ou distribuídos pelo Segurado.**

PROPOSTA: é o documento no qual o **Segurado** e/ou seu **Corretor** de Seguros formaliza a intenção do Segurado de contratar a **Apólice**.

Notificação: é o ato, por meio do qual o **Segurado** comunica à **Seguradora**, por escrito, durante a vigência da **Apólice**, fatos ou circunstâncias potencialmente danosos, ocorridos entre a data limite de **Retroatividade**, inclusive, e o término de vigência da **Apólice**.

QUESTIONÁRIO: declarações enviadas à **Seguradora**, diretamente pelo Segurado, ou, quando por este autorizado, por seu **Corretor** de Seguros e/ou Representante Legal. Refere-se às informações para fins de análise e dimensionamento do risco. É parte integrante da **Apólice** e pode ser usado para fins de **Regulação de Sinistros**.

RECLAMAÇÃO: refere-se aos itens a seguir quando decorrentes de alegada ação ou omissão relacionada(s) à **PRESTAÇÃO DE SERVIÇO** do **Segurado** durante o exercício profissional: (i) qualquer notificação por escrito de terceiro(s) dirigida ao **Segurado**; (ii) qualquer ação judicial cível, penal, trabalhista, tributária ou previdenciária; (iii) qualquer procedimento de arbitragem; (iv) qualquer autuação ou intimação; (v) qualquer processo administrativo, incluídos os procedimentos relacionados ao exercício do poder de polícia.

REGULAÇÃO DE SINISTRO: trata-se do processo, através do qual a **Seguradora** analisa as circunstâncias e a documentação das Reclamações avisadas pelo **Segurado**, para, no caso de enquadramento nos Riscos Cobertos da **Apólice**, providenciar o pagamento da **Indenização** devida nos termos da **Apólice**.

SEGURADO: refere-se ao **Contratante** da **Apólice**: (i) pessoa física, na qualidade de profissional habilitado na área da saúde, incluindo, mas não se limitando a, enfermeiros, biomédicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, professores de educação física, terapeutas e veterinários, para a realização de serviços especializados; ou (ii) pessoa jurídica e qualquer filial desta, que realize a **Prestação de Serviços** especializados, nos termos desta **Apólice**.

SEGURADORA: é a **AKAD SEGUROS S.A.**, registrada no CNPJ/ME sob o número 14.868.712/0001-31, empresa autorizada pela **SUSEP** a funcionar no Brasil como tal e que, recebendo o **Prêmio**, assume o risco e garante o pagamento da **Indenização**, em caso de ocorrência de **Sinistro**.

SEGURO A PRIMEIRO RISCO ABSOLUTO: tipo de contratação, através da qual a **Seguradora** responde integralmente pelos **Prejuízos** indenizáveis, até o montante dos **Limites Máximos de Indenização** de cada **Cobertura**, respeitados o **Limite Máximo de Garantia** da **Apólice** e a **Franquia**, não se aplicando, em qualquer hipótese, rateio.

SINISTRO: termo utilizado para definir a ocorrência de um evento danoso acidental e imprevisto, que afeta um **Segurado** (civilmente ou não) e é coberto pela **Apólice**.

SUSEP: significa a Superintendência de Seguros Privados.

TERCEIRO: pessoa que, envolvida em um **Sinistro**, não represente nenhuma das duas partes do contrato de seguro (**Segurado** e **Seguradora**). **Não se incluem na definição de terceiro o cônjuge ou companheiro(a), os empregados, os sócios, os representantes ou os prepostos do Segurado e aqueles que dele dependam economicamente.**

TERMO DE GARANTIA LIMPA: declaração do Segurado de que não tem conhecimento de qualquer expectativa de **Reclamação**. É um documento que pode ser complementar ao **Questionário** de risco.

VISTORIA DE SINISTRO: termo utilizado para definir ato da Seguradora de realizar visita ao local da ocorrência do **Sinistro**, a fim de apurar o montante dos **Prejuízos** sofridos pelo Terceiro.

03 – OBJETIVO DO SEGURO

3.1 – O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de **Indenização**, em razão de **Reclamação de Prejuízos** causados a **Terceiros** e cobertos pela **Apólice**, em decorrência de falha na **Prestação de Serviços**, pelos quais o **Segurado** vier a ser responsabilizado por:

- Decisão judicial transitada em julgado;
- Decisão final proferida em processo administrativo por autoridade competente;
- Decisão final proferida em processo arbitral;
- Acordo autorizado de modo expresse pela **Seguradora**;
- **Pedido de Ressarcimento**.

3.2 – A validade e os efeitos da **Cobertura** estão limitados a **Reclamações** realizadas contra o **Segurado** durante o **Período de Vigência** da **Apólice**, ou quando aplicável, durante o **Prazo Complementar**, **Prazo Suplementar** ou os prazos prescricionais aplicáveis, e os **Atos Danosos** deverão ter ocorrido durante o **Período de Retroatividade** e até a data final da vigência da **Apólice**.

04 – COBERTURAS DO SEGURO

Quando devidamente contratadas e discriminadas na **Especificação da Apólice**, as seguintes **Coberturas** aplicar-se-ão, observados os respectivos **Limites Máximos de Indenização**, bem como as hipóteses de exclusão e demais condições da **Apólice**:

4.1 – RESSARCIMENTOS ESPECIAIS

A) **Reclamações por Danos sofridos em decorrência da Prestação de Serviços realizada pelo Segurado**
reportadas por **Terceiro(s)**

B) **Notificações**

Caso o **Segurado** tome conhecimento de algum fato ou circunstância que possam acarretar uma **Reclamação** futura por parte de **Terceiros**, este poderá acionar o Seguro em uma tentativa de mitigar o **Prejuízo** causado ao **Terceiro**.

Caracterizado o **Sinistro**, o ressarcimento do **Dano** será feito pela **Seguradora**.

C) **Danos à reputação (gerenciamento de crise)**

O presente Seguro cobrirá as despesas necessárias para assessoria de imprensa e relações públicas, tais como, honorários de profissionais especializados, a fim de auxiliar a comunicação com a imprensa, objetivando a preservação da reputação do **Segurado**.

D) Custas emergenciais

Observado o disposto na **Cláusula 6.8** desta **Apólice**, caso o **Segurado** tenha que fazer qualquer tipo de contratação ou pagamento, com o intuito de mitigar ou minorar os possíveis impactos do **Sinistro**, e não haja tempo hábil de comunicar a **Seguradora**, esta, após uma avaliação, fará o devido reembolso, **DESDE QUE SEJAM VALORES JUSTOS E CONDIZENTES COM O MERCADO**. Caso sejam apresentados valores que não se enquadrem na descrição anterior, o **Segurado** responderá pelo excedente.

4.2 – DESPESAS DE DEFESA EM AÇÕES JUDICIAIS, CÍVEIS E CRIMINAIS, PROCESSOS ADMINISTRATIVOS E ARBITRAIS

A) Despesas de defesa em ações judiciais cíveis de responsabilidade civil

Se o **Segurado** for processado judicialmente na esfera cível por terceiro(s) que alegue(m) **Dano(s) Material(is)**, **Dano(s) Corporal(is)**, **dano(s) Estético(s)** e/ou **Dano(s) Moral(is)**, sofridos em decorrência da **Prestação de Serviços** realizada pelo **Segurado**, a **Seguradora**, observadas as condições da **Apólice**, pagará os honorários advocatícios e periciais, encargos de tradução, depósitos recursais, sucumbências e demais despesas necessárias e relacionadas ao processo de defesa do **Segurado**.

B) Despesas de defesa em inquéritos ou ações criminais judiciais

Se o **Segurado** estiver envolvido em processo judicial criminal ou de tentativa de indiciamento de crime relacionado à **Prestação de Serviços** por ele realizada, a **Seguradora**, observadas as condições da **Apólice**, pagará as despesas necessárias e relacionadas à sua defesa.

C) Despesas de defesa para processos em esfera administrativa

Se o **Segurado** for denunciado em procedimento administrativo disciplinar ou estiver envolvido em qualquer outro tipo de investigação administrativa relacionada à infração profissional, sindicância, auditoria ou situações similares, a **Seguradora**, observadas as condições da **Apólice**, pagará os honorários advocatícios e demais despesas necessárias e relacionadas ao processo de defesa do **Segurado** na esfera administrativa.

D) Despesas de defesa em processos arbitrais

Se o **Segurado** for processado na esfera arbitral por terceiro(s) que alegue(m) **Dano(s) Material(is)**, **Dano(s) Corporal(is)**, **Dano(s) Estético(s)** e/ou **Dano(s) Moral(is)**, sofridos em decorrência da **Prestação de Serviços** realizada pelo **Segurado**, a **Seguradora**, observadas as condições da **Apólice**, pagará os honorários advocatícios e periciais, encargos de tradução, sucumbências e demais despesas necessárias e relacionadas ao processo de defesa do **Segurado**.

4.3 – INDENIZAÇÕES E ACORDOS

A) Acordo judicial ou extrajudicial

Caso seja possível celebrar um acordo judicial ou extrajudicial para encerrar o litígio com o terceiro reclamante – **E DESDE QUE HAJA PRÉVIA ANUÊNCIA DA Seguradora** –, o **Segurado** celebrará o acordo com o terceiro reclamante, nos seguintes termos:

A.1.) A **Seguradora** dará todas as instruções para o advogado de defesa, tanto em relação aos valores máximos que a **Seguradora** aceitará pagar no acordo, quanto aos prazos de pagamento e documentação necessária para garantia de que não ocorra(m) acionamento(s) futuro(s).

A.2.) Não sendo acatado por terceiro(s) o acordo oferecido, deverão ser consideradas as **Coberturas** desta **Apólice**.

B) Indenização por condenação

Caso o **Segurado** seja condenado, por decisão transitada em julgado ou decisão final, ou seja, não havendo a possibilidade de se recorrer da decisão, as indenizações a título de **Dano Material, Dano Corporal, Dano Moral e dano estético**, serão integralmente pagas até o **limite máximo de Indenização** contratado, de acordo com os termos de **Cobertura** da **Apólice**.

05 - RISCOS EXCLUÍDOS

ESTA APÓLICE NÃO INDENIZARÁ O SEGURADO NAS SEGUINTE HIPÓTESES:

5.1 – ATOS DOLOSOS

FICAM EXCLUÍDAS AS RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS, ATOS ILÍCITOS EIVADOS DE DISSIMULAÇÃO OU MÁ-FÉ, PRATICADOS PELO SEGURADO, SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES, ADMINISTRADORES LEGAIS, BENEFICIÁRIOS E REPRESENTANTES LEGAIS, NOS TERMOS DA LEI APLICÁVEL.

- A) A EXCLUSÃO DESCRITA ACIMA SOMENTE APLICAR-SE-Á NA HIPÓTESE (i) DE CONFISSÃO DO SEGURADO, ATESTANDO SUA CONDUTA DOLOSA, OU (ii) DE DECISÃO JUDICIAL, TRANSITADA EM JULGADO, OU DE DECISÃO ARBITRAL OU ADMINISTRATIVA FINAL, EM QUE RESTE DECLARADA, CONFORME O CASO, A PRÁTICA DO ATO DOLOSO.**
- B) PARA FINS DE INTERPRETAÇÃO DAS COBERTURAS DESTE SEGURO, SERÁ CONSIDERADO ATO ILÍCITO TODA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E/OU ATIVIDADE REALIZADA PELO SEGURADO, SEUS EMPREGADOS, SUBCONTRATADOS E/OU COLABORADORES, SEM O DEVIDO LICENCIAMENTO, QUANDO EXIGIDO POR LEI, OU, AINDA, EM CONDIÇÕES DE SUSPENSÃO OU CASSAÇÃO DE LICENÇAS.**
- C) FICA RESGUARDADO À SEGURADORA O DIREITO DE RESSARCIMENTO POR QUALQUER INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA PAGA INDEVIDAMENTE, INCLUSIVE POR QUALQUER CUSTO DE DEFESA POR ELA ADIANTADO AO SEGURADO, CASO FIQUE COMPROVADA A EXISTÊNCIA DAS SITUAÇÕES DESCRITAS ANTERIORMENTE.**

5.2 – MULTAS E PENALIDADES

FICAM EXCLUÍDAS AS RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE MULTAS E/OU IMPOSIÇÃO DE PENALIDADES DE NATUREZA NÃO INDENIZATÓRIA APLICADAS AO SEGURADO, RESSALVANDO-SE QUE AS MULTAS APLICADAS A TERCEIRO(S) POR CULPA DO SEGURADO ESTÃO COBERTAS PELA APÓLICE.

5.3 – GARANTIAS E CONVENÇÕES PARTICULARES

FICAM EXCLUÍDAS AS RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE RESPONSABILIDADES ASSUMIDAS PELO SEGURADO POR CONTRATOS, CONVENÇÕES, PROMESSAS, COMPROMISSOS, ACERTOS E GARANTIAS, ESCRITAS OU NÃO, E POR QUALQUER OUTRO TIPO DE ACORDO, QUE NÃO SEJAM DECORRENTES DE OBRIGAÇÕES CIVIS LEGAIS EXIGÍVEIS PELA NATUREZA DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS REALIZADA.

5.4 – ATOS ANTERIORES À DATA E RETROATIVIDADE DA COBERTURA

FICAM EXCLUÍDAS AS RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE SERVIÇOS PRESTADOS PELO SEGURADO CUJO ATO QUE ORIGINOU O DANO TENHA OCORRIDO EM PERÍODO ANTERIOR AO ESTABELECIDO NA DATA DE RETROATIVIDADE DE COBERTURA, CONHECIDOS OU NÃO PELO SEGURADO.

ESTARÃO IGUALMENTE EXCLUÍDOS OS SERVIÇOS PRESTADOS PELO SEGURADO CUJO ATO QUE ORIGINOU O DANO TENHA OCORRIDO NO PERÍODO DE RETROATIVIDADE DE COBERTURA E QUE SEJAM DO CONHECIMENTO DO SEGURADO ANTES DA CONTRATAÇÃO DESTE SEGURO.

5.5 – RECLAMAÇÕES NÃO RELACIONADAS À PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DO SEGURADO

FICAM EXCLUÍDAS AS RECLAMAÇÕES QUE NÃO DECORRAM DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EXERCIDA PELO SEGURADO, INCLUSIVE AS DE NATUREZA CONCORRENCIAL, TRIBUTÁRIA, TRABALHISTA E PREVIDENCIÁRIA, QUE NÃO SEJAM CONEXAS OU DIRETAMENTE ACESSÓRIAS À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS REALIZADAS PELO SEGURADO, E QUE TENHAM GERADO DANOS A TERCEIROS.

FICAM IGUALMENTE EXCLUÍDAS AS RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE QUALQUER RECLAMAÇÃO BASEADA NA INFRAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS, TÍTULOS, SLOGANS, PATENTES, MARCAS REGISTRADAS DE QUALQUER ESPÉCIE, SEGREDOS COMERCIAIS OU INDUSTRIAIS.

FICAM, AINDA, EXCLUÍDAS, RECLAMAÇÕES DE NATUREZA CONSUMERISTA QUE NÃO DECORRAM DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITADO A, RECLAMAÇÕES POR PREÇOS ELEVADOS, DUPLICIDADE DE COBRANÇAS, NÃO FORNECIMENTO DE RECIBOS E/OU EXIGÊNCIAS DE GARANTIAS DE PAGAMENTOS, INCLUINDO, MAS NÃO SE LIMITADO A, “CHEQUES CAUÇÃO”.

5.6 - RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE SERVIÇOS REALIZADOS COM O USO DE MEDICAMENTOS OU SUBSTÂNCIAS PROIBIDAS PELA ANVISA OU POR DETERMINAÇÃO DE QUALQUER OUTRO ORGÃO COMPETENTE

FICAM EXCLUÍDAS AS RECLAMAÇÕES QUE DECORRAM DE SERVIÇOS REALIZADOS COM O USO DE MEDICAMENTOS E/OU SUBSTÂNCIAS PROIBIDAS PELA ANVISA E COMPROVADAMENTE CONSTANTES EM PORTARIAS EXPEDIDAS POR ESTE ÓRGÃO, VIGENTES À ÉPOCA DE SUA UTILIZAÇÃO, ASSIM COMO FORMALMENTE PROIBIDOS POR QUALQUER OUTRO ORGÃO COMPETENTE.

5.7 – RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE SERVIÇOS REALIZADOS PELO SEGURADO, OU POR SEU EMPREGADO OU COLABORADORADOR, SEM LICENÇA OU EM PERÍODO DE SUSPENSÃO DE LICENÇA

FICAM EXCLUÍDAS AS RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE ATOS DANOSOS DECORRENTES DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PELO SEGURADO QUANDO SUA LICENÇA PARA EXERCER A PROFISSÃO ESTIVER REVOGADA, EXPIRADA OU NÃO TIVER SIDO RENOVADA JUNTO ÀS ENTIDADES DE CLASSE RESPONSÁVEIS POR ESTE CONTROLE NA ÉPOCA DA OCORRÊNCIA DO ATO DANOSO QUE ENSEJOU A RECLAMAÇÃO.

5.8 - RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE PRÁTICAS NÃO RECONHECIDAS PELA MEDICINA, EM CARATER EXPERIMENTAL, EM DESACORDO COM AS NORMAS DO CONSELHO DE CLASSE OU POR DETERMINAÇÃO DE QUALQUER OUTRO ORGÃO COMPETENTE.

EXCLUEM-SE DA COBERTURA DESTA APÓLICE AS RECLAMAÇÕES QUE DECORRAM DE PRÁTICAS NÃO RECONHECIDAS PELA MEDICINA E/OU EM CARATER EXPERIMENTAL, BEM COMO PROCEDIMENTOS EFETUADOS EM DESACORDO COM AS DETERMINAÇÕES DO RESPECTIVO CONSELHO DE CLASSE OU POR DETERMINAÇÃO DE QUALQUER OUTRO ORGÃO COMPETENTE.

5.9 – FALÊNCIA E INSOLVÊNCIA

EXCLUEM-SE DA COBERTURA DESTA APÓLICE QUALQUER RECLAMAÇÃO DECORRENTE, DIRETA OU INDIRETAMENTE, DE FALÊNCIA OU INSOLVÊNCIA DO SEGURADO OU DE SEUS FORNECEDORES E/OU SUBCONTRATADOS.

06 – PROCEDIMENTOS E DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1 - A SEGURADORA estará à disposição sempre que o **Segurado** entender que precisa acionar o Seguro. Os canais de comunicação para que o **Segurado** entre em contato com a **Seguradora** estão descritos no frontispício da **Apólice**.

Seguem, abaixo, as instruções básicas de como proceder, em caso de alguma ocorrência:

6.2 - São condições necessárias para que o **Segurado** possa pleitear a garantia, sem prejuízo das demais disposições do contrato:

I – que o terceiro apresente a **Reclamação** ao **Segurado**:

- a) durante o **Período de Vigência** da **Apólice**; ou
- b) durante o **Prazo Complementar**, quando cabível; ou
- c) durante o **Prazo Suplementar**, quando cabível; ou
- d) durante os prazos prescricionais em vigor.

II – e que as reclamações estejam vinculadas a **Danos** ocorridos durante a vigência da **Apólice** ou durante o período de retroatividade.

6.3 – Em caso de ações judiciais:

Ao receber uma citação judicial, o **Segurado** deve entrar em contato com a **SEGURADORA**, para comunicação do Fato Gerador, pelos canais de comunicação, bem como disponibilizar as seguintes informações iniciais:

- 6.3.1 - Os dados básicos da **Apólice** vigente;
- 6.3.2 - Resumo do ocorrido;
- 6.3.3 - Cópia da citação; e
- 6.3.4 - Documentos que possam colaborar com a análise preliminar do caso.

Após a análise prévia, a **Seguradora** poderá solicitar informações ou documentos adicionais ao **Segurado**.

Caracterizado o **Sinistro**, serão tomadas as providências descritas nos itens a seguir.

6.4 – Procedimentos para a defesa do Segurado:

6.4.1 - Os advogados responsáveis pela defesa serão escolhidos pelo **Segurado**;

6.4.2 - A SEGURADORA AVALIARÁ SE OS VALORES DAS DESPESAS DE DEFESA COBERTAS PELA PRESENTE APÓLICE SÃO JUSTOS E CONDIZENTES COM A PRÁTICA DO MERCADO, CONSIDERANDO TODOS OS ASPECTOS NECESSÁRIOS, INCLUINDO, MAS NÃO SE LIMITANDO A, NATUREZA DA RECLAMAÇÃO E OS VALORES ENVOLVIDOS. Caso sejam apresentados valores que não se enquadram no descrito acima, o Segurado responderá pelo excedente.

6.4.3 - Todos os pagamentos das despesas de defesa PODERÃO SER feitos diretamente aos advogados, na medida em que os mesmos forem devidos ou incorridos pelo **Segurado**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data de recebimento dos documentos necessários para tanto, quais sejam: fatura e descrição dos serviços realizados.

6.4.4 - Mesmo que não figure na ação, a **Seguradora** poderá intervir na mesma, na qualidade de assistente.

6.5 – Em caso de indenizações por condenação judicial, arbitral ou em processo administrativo:

Ocorrendo a condenação do **Segurado** por decisão judicial transitada em julgado, decisão final arbitral ou decisão final administrativa, a **Seguradora** fará o devido reembolso ao **Segurado**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data de recebimento dos documentos básicos mencionados acima, bem como da decisão, da certidão de trânsito em julgado e do comprovante de pagamento da condenação, salvo se a **Seguradora** também estiver no polo passivo da ação judicial ou procedimento arbitral, situação na qual o pagamento será realizado por ela diretamente nos autos do processo, no prazo determinado naquele, salvo se não houver cobertura nos termos da **Apólice**.

A contagem do prazo para o ressarcimento será suspensa, caso os documentos apresentados sejam insuficientes ou em caso de dúvida fundada e justificável. O prazo voltará a correr a partir do primeiro dia útil após a entrega dos documentos complementares exigidos.

O não pagamento da **Indenização** no prazo implicará na aplicação de juros de mora de 0,5% (meio por cento) a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização e de eventuais multas impostas pelo judiciário ou tribunal arbitral.

6.6 – Celebração de acordos judiciais ou extrajudiciais:

6.6.1 – Caso seja possível celebrar um acordo judicial ou extrajudicial, a **Seguradora** disponibilizará todas as instruções ao advogado de defesa do **Segurado**, tanto em relação aos valores máximos que aceitará pagar no acordo, quanto aos prazos de pagamento, e a documentação necessária para garantia de que não ocorra(m) acionamento(s) futuro(s).

6.6.2 – Quaisquer valores excedentes e/ou negociação que não tenham anuência da **Seguradora** não estarão cobertos por esta **Apólice**.

6.6.3 – Na hipótese de recusa do **Segurado** em aceitar o acordo recomendado pela **Seguradora** e aceito pelo terceiro prejudicado, fica, desde já, acordado que a **Seguradora** não responderá por quaisquer quantias acima daquela pela qual seria o Sinistro liquidado por aquele acordo.

6.6.4 – Não sendo acatado por terceiro(s) o acordo oferecido, deverão ser consideradas as **Coberturas** desta **Apólice**.

6.6.5 - O pagamento do acordo será feito diretamente ao terceiro reclamante, dentro do prazo acordado.

6.7 – Ressarcimentos administrativos

6.7.1 - Na eventualidade de um terceiro reportar ao **Segurado Fato Gerador** relacionado com o serviço prestado pelo **Segurado** e tendo ele manifestado sua vontade em ser reparado por um **Dano** que entende ter sofrido, o **Seguro** poderá ser acionado. Caracterizado o **Sinistro** e estando a **Seguradora** de acordo com o valor do pleito, o ressarcimento do **Dano** será feito sem a necessidade de ação judicial ou processo arbitral.

6.7.2 - O Segurado poderá comunicar à **Seguradora** qualquer fato ou situação que tenha ocorrido e que entenda que possa gerar uma **Reclamação** no futuro. Neste caso, serão avaliadas pela **Seguradora** quais as ações necessárias para proteger o melhor interesse do **Segurado**.

6.7.3 – Quando da comunicação da expectativa de **Sinistro**, poderão ser solicitadas ao **Segurado** as seguintes informações preliminares:

6.7.3.1 - Resumo do ocorrido;

6.7.3.2 - Se possível, os dados do terceiro; e

6.7.3.3 - Natureza dos **Danos** e de suas possíveis consequências.

6.7.4 – Sendo considerados válidos e tempestivos pela **Seguradora**, a **Notificação** e os respectivos documentos comprobatórios, previstos no **item 6.7.3** e subitens:

6.7.4.1 – Será caracterizado o **Sinistro** como de competência desta Apólice; e

6.7.4.2 - As condições desta **Apólice** serão aplicadas às **Reclamações** apresentadas à **Seguradora**.

6.7.4.3 - A **Seguradora** terá o prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de entrega de todos os documentos básicos previstos, para o pagamento do ressarcimento devido. A contagem do prazo para o ressarcimento será suspensa, caso os documentos apresentados sejam insuficientes e em caso de dúvida fundada e justificável. O prazo voltará a correr a partir do primeiro dia útil após a entrega dos documentos complementares exigidos.

6.7.4.4 - O não pagamento da **Indenização** no prazo de 30 (trinta) dias implicará na aplicação de juros de mora de 0,5% (meio por cento) a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização.

6.7.4.5. Caso, após o processo de **Regulação de Sinistros**, a **Seguradora** conclua que a **Indenização** não é devida, o **Segurado** deverá ser comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto na cláusula 6.7.4.3.

6.8 – Reembolso de despesas emergenciais

O **Segurado**, preferencialmente, não deve incorrer em encargos ou despesas de defesa, sem o prévio consentimento por escrito da **Seguradora**, salvo se for uma situação emergencial, que tenha por objetivo minorar possíveis impactos. Neste caso, o **Segurado** pode encaminhar os comprovantes das despesas emergenciais adotadas e a **Seguradora** reembolsará os valores em até 30 (trinta) dias corridos, limitado ao **Limite Máximo de Garantia** da **Apólice**.

6.8.1. Caso o **Segurado** tenha que realizar qualquer tipo de contratação ou pagamento com o intuito de mitigar ou minorar os possíveis impactos do **Sinistro** e não haja tempo hábil de comunicar a **Seguradora**, esta fará o devido reembolso, após a sua avaliação, **DESDE QUE OS VALORES SEJAM**

JUSTOS E CONDIZENTES COM O MERCADO. Caso sejam apresentados valores que não se enquadram no descrito acima, o Segurado responderá pelo excedente.

6.9 – Demais informações sobre como acionar o Seguro:

6.9.1 – Correrão, também, por conta da **Seguradora**, até o **Limite Máximo de Indenização** da **Cobertura** contratada:

- as despesas de salvamento comprovadamente efetuadas pelo **Segurado** durante e/ou após a ocorrência de um **Sinistro**;
- os valores referentes aos **Danos Materiais** comprovadamente dispendidos pelo **Segurado** e/ou por terceiros na tentativa de evitar o **Sinistro**, minorar o **Dano** ou salvar a coisa.

6.9.2. O Segurado não deve, sob pena de prejudicar a sua própria defesa, admitir ou arcar com qualquer responsabilidade, no todo ou em parte.

6.9.3 - Na hipótese de não cumprimento do prazo de pagamento pela **Seguradora**, o valor devido deverá ser atualizado pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data do **Sinistro** e aquele publicado em data imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

6.9.4 - É obrigatório ao Segurado, sob pena de perda do direito à Indenização, dar ciência à Seguradora da contratação ou da rescisão de qualquer outro Seguro, referente aos mesmos riscos previstos nesta Apólice.

6.9.5 - Caso seja necessário, para a melhor regulação do **Sinistro**, a **Seguradora** poderá realizar visita ao local de risco e/ou local que estiverem relacionados ao **Sinistro**, a fim de apurar a causa do evento reclamado e suas consequências, bem como o montante dos **Prejuízos** sofridos pelo **Terceiro**.

6.9.6 - Todos os Danos decorrentes de um mesmo Ato Danoso serão considerados como um único Sinistro, qualquer que seja o número de reclamantes ou reclamações, prevalecendo as condições vigentes no momento da primeira notificação apresentada à Seguradora. Ocorrendo o término da vigência da Cobertura, ou o esgotamento do limite contratado, cessará automaticamente a Cobertura para os atos Danosos ocorridos posteriormente. Danos decorrentes de Atos Danosos originados de fatos geradores distintos serão reclamados separadamente, na forma de reclamações individuais, incluindo, mas não se limitando à, aplicação de Franquia.

6.9.7 - Todos os ressarcimentos e indenizações serão pagos em moeda local.

6.9.8 - Eventuais encargos de tradução referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão a cargo da Sociedade **Seguradora**.

6.9.10 - No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, deverão ser aceitos, para liquidação do **Sinistro**, os documentos na língua do país de origem do gasto.

6.9.11 – Considera-se como data de exigibilidade a data de ocorrência do evento.

6.9.12 – A **Seguradora** poderá exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o **Sinistro**, sem prejuízo do pagamento da **Indenização** no prazo devido. Alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.

07 – DEMAIS CARACTERÍSTICAS DO SEGURO

7.1 - Âmbito de Cobertura

O Seguro abrangerá reclamações cuja prestação de serviço tenha sido realizada no território determinado na **Especificação** da **Apólice**.

7.2 FORMA DE CONTRATAÇÃO

Este seguro é contratado a primeiro risco absoluto, ou seja, a **Seguradora** responderá pelos **Prejuízos** de sua responsabilidade, até o **Limite Máximo de Garantia** ou cada **Limite Máximo de Indenização** e **Limite Agregado** contratado, não se aplicando, portanto, a hipótese de rateio.

7.3 – Apólice à Base de Reclamações com Notificação

A **Cobertura** do presente Seguro, à base de reclamações com **Notificação**, garante que as condições da **Apólice** serão aplicadas às reclamações futuras de terceiros, vinculadas ao **Ato Danoso** notificado pelo **Segurado**, desde que a entrega da **Notificação** à **Seguradora** ocorra dentro do **Período de Vigência** da **Apólice**.

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:

- Lugar, data, horário e descrição sumária do ocorrido;
- Se possível, nome, domicílio, estado civil, profissão ou ocupação do terceiro, se for o caso, bem como nome e domicílio de eventual testemunha;
- Natureza dos **Danos** e/ou das lesões corporais e suas possíveis consequências.

Mesmo quando contratada, 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** realizada pelo Terceiro prejudicado.

7.4 – Limite Máximo de Garantia (LMG) e Limite Máximo de Indenização por Cobertura Contratada (LMI)

- 7.4.1. O **Limite Máximo de Garantia**, durante o **Período de Vigência**, **Prazo Complementar** (caso aplicável) ou **Prazo Suplementar** (caso contratado), é o valor máximo devido pela **Seguradora** por força desta **Apólice**.
- 7.4.2. Os **Limites Máximos de Indenização por Coberturas Contratada** são parte daquele valor e não Coberturas em excesso ao **Limite Máximo de Garantia**.
- 7.4.3. A inclusão de mais de um **Segurado** nesta **Apólice** não importa em aumento do valor total de responsabilidade da **Seguradora** nos termos desta **Apólice**.
- 7.4.4. Os **Custos de Defesa** se incluem dentro do conceito de **Perda Indenizável** e devem também estar sujeitos ao **Limite Máximo de Garantia**.
- 7.4.5. Ocorrido um **Sinistro** indenizado pela **Seguradora** conforme esta **Apólice**, o **Limite Máximo de Garantia** ou o **Limite Máximo de Indenização**, conforme o caso, será automaticamente reduzido, até a extinção da verba, não tendo o **Segurado** direito à restituição do **Prêmio** correspondente a tal redução. Com a extinção da verba, a **Cobertura** referente ao **Limite Máximo de Indenização** esgotado será automaticamente cancelada, sendo que, no caso de esgotamento do **Limite Máximo de Garantia**, esta **Apólice** será automaticamente cancelada, independentemente do fato de haver algum **Limite Máximo de Indenização** não esgotado.
- 7.4.6. Caso essa **Apólice** seja contratada dentro de um **Programa de Seguros** e durante o **Período de Vigência** desta **Apólice de Excesso**, como consequência do pagamento de uma **Indenização**, o **Limite Máximo de Garantia** da **Apólice de Primeiro Risco** somado, quando aplicável, ao **Limite Máximo de Garantia** das **Apólices de Excesso Intermediárias**:
 - i) se reduzir parcialmente devido a **Reclamação** que tenha sido coberta dentro das condições vigentes da **Apólice de Primeiro Risco**, a presente **Apólice de Excesso** atuará, durante o **Período de Vigência** restante, em excesso à somatória do **Limite Máximo de Garantia** restante da **Apólice de Primeiro Risco** e das **Apólices de Excesso Intermediárias**; e
 - ii) se esgotar totalmente devido a **Reclamação** que tenha sido coberta dentro das condições vigentes da **Apólice de Primeiro Risco**, a presente **Apólice de Excesso** atuará, durante o **Período de Vigência** restante, como **Apólice de Primeiro Risco**.

Em ambos os casos, a **Apólice** permanecerá sempre sujeita a todos os termos, condições, exclusões e qualquer **Franquia** estabelecidos na **Apólice de Primeiro Risco** e na **Apólice de Excesso**.

7.5 AUMENTO DO LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA E DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

O **Segurado**, a qualquer tempo, poderá subscrever nova **Proposta** ou solicitar emissão de **Endosso** para alteração do **Limite Máximo de Garantia** ou do **Limite Máximo de Indenização** contratualmente previsto, desde que também seja enviado à **Seguradora** o Termo de Garantia Limpa, ficando a critério da **Seguradora** sua aceitação e alteração do **Prêmio**.

Em caso de solicitação de aumento do **Limite Máximo de Garantia** ou do **Limite Máximo de Indenização** das **Coberturas** durante a **Vigência da Apólice** ou de sua renovação, esta **Seguradora** aplicará os novos limites apenas para as **Reclamações** relativas a **Danos** que venham a ocorrer a partir da data de sua implementação, prevalecendo os limites anteriores para as **Reclamações** relativas aos **Danos** ocorridos anteriormente àquela data e a partir da **Data Limite de Retroatividade**.

Os Limites de Indenização do presente Contrato de Seguro não poderão ser reintegrados.

7.6 Limite Agregado

7.6.1 O **Limite Agregado** é o valor máximo de garantia da **Seguradora**, para cada uma das garantias, previamente fixado e estipulado como produto do **Limite Máximo de Indenização** de cada **Cobertura** contratada nesta **Apólice** por um fator igual a um. A **Seguradora** não terá responsabilidade em excesso aos referidos limites, independentemente do número de **Segurados** ou **Reclamações** realizadas durante o **Período de Vigência** ou **Prazo Complementar** ou **Prazo Suplementar**, se aplicáveis; incluindo, **Reclamações** ou **Reclamações** conexas, que sejam aceitas como realizadas durante o **Período de Vigência**, de acordo com a disposição geral da Cláusula - **Reclamação Conexa, Reclamação Única**.

- 7.6.2.** Os Limites Agregados estabelecidos são independentes, não se somando nem se comunicando.
- 7.6.3.** Qualquer importância paga pela **Seguradora** por força desta **Apólice**, inclusive a título de **Custos de defesa**, deverá corresponder à responsabilidade da **Seguradora** por **Perda Indenizável** dentro do **Limite Agregado**.
- 7.6.4.** O Limite Agregado desta **Apólice** não está sujeito à reintegração depois de esaurido, sendo a **Cobertura** automaticamente cancelada na hipótese de pagamento de indenizações vinculadas à mesma, esgotando o Limite Agregado.

7.6.5. Se a soma das indenizações pagas para uma Cobertura específica atingir o respectivo Limite Agregado, essa Cobertura será automaticamente cancelada.

7.6.2. O **Prazo Adicional**, mencionado na **Especificação**, a partir do cancelamento da **Apólice** ou do término do **Período de Vigência**, é o prazo durante o qual o **Segurado** pode apresentar um **Aviso de Sinistro** à **Seguradora** de uma **Reclamação** feita primeiramente contra o **Segurado** durante o referido período, por um **Ato Danoso** que tenha ocorrido durante o **Período de Vigência** ou, exceto quanto ao subitem (iv) abaixo, do **Período de Retroatividade**, nas seguintes hipóteses:

- (i) se a **Apólice** não for renovada e não for substituída por outra apólice;
- (ii) se a **Apólice** for transferida para outra seguradora que não admita, integralmente, o **Período de Retroatividade** da apólice precedente;
- (iii) se a **Apólice** for substituída por uma **Apólice à Base de Ocorrência** ao final do **Período de Vigência** na **Seguradora** ou em outra sociedade seguradora; ou
- (iv) se a **Apólice** for cancelada, desde que o cancelamento não tenha ocorrido por determinação legal, por falta de pagamento do **Prêmio** ou pelo fato de as indenizações por **Perda Indenizável** terem exaurido o **Limite Máximo de Garantia**.

7.6.2.1. Não haverá o **Prazo Adicional**, mesmo quando contratado/concedido, para aquelas Coberturas cujo pagamento de indenizações tenha atingido o respectivo **Limite Máximo de Indenização** ou o **Limite Máximo de Garantia**.

7.6.2.2. O **Prazo Adicional** poderá ser concedido na modalidade de **Prazo Complementar** e/ou oferecido na modalidade de **Prazo Suplementar**, o que será devidamente indicado na **Especificação** da **Apólice**.

7.6.2.3. Em caso de renovação da **Apólice**, ou de sucessivas renovações, se aplica um **Prazo Complementar** de (3) três meses às Coberturas previamente contratadas e que não foram incluídas na renovação da **Apólice**, desde que estas não tenham sido canceladas por determinação legal, ou por falta de pagamento do **Prêmio**.

7.6.2.4. O **Prazo Suplementar** é válido, desde que o **Segurado** exerça o direito de contratação e efetue o pagamento do **Prêmio** adicional referido na **Especificação**.

7.6.2.5. As disposições desta cláusula não alteram o **Período de Vigência** ou os prazos prescricionais previstos em lei, aplicando-se apenas às **Reclamações** por **Atos Danosos** que tenham ocorrido em data anterior ao término do **Período de Vigência** ou do cancelamento.

7.7 – Segurado

Além das definições constantes na Cláusula 2 desta **Apólice**, considera-se também como **Segurado(S)**:

7.7.1 - Estritamente, como Pessoa Jurídica:

- Os sócios, diretores e demais executivos, enquanto desempenharem suas atividades profissionais em nome do contratante deste Seguro.

- Os **Empregados** do **Segurado**, enquanto desempenharem suas atividades profissionais para a sociedade, e desde haja o acionamento direto do **Segurado** em razão dos atos(s) e/ou fato(s) declarados pelo(s) autor(es) terem sido causados pelo(s) **Empregado(s)** do **Segurado**.

7.7.2 - Na figura de Pessoa Física:

- O cônjuge ou companheiro(a), herdeiro(s), representantes legais e espólio, caso o **Segurado** venha a falecer ou tornar-se incapaz civilmente.

7.8 – Vigência

O período de duração desta **Apólice** é sempre de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias (um ano), salvo nos casos em que o **Segurado** pretenda coincidir o término de vigência do seguro de responsabilidade civil (à base de reclamações) com o término de vigência de outras **Apólices** contratadas nesta **Seguradora**.

A **Apólice** e eventuais **Endossos** terão seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas indicadas nas Especificações da **Apólice** ou no próprio **Endosso**.

Será indicada, com destaque, no frontispício da **Apólice** e/ou no **Endosse**, a data de início e de término da **Vigência** do Seguro/**Endosso** e a **Data Limite de Retroatividade**.

08 – CONTRATAÇÃO

8.1 - Para contratação do seguro, o proponente, seu representante legal ou **Corretor** de seguros habilitado deverá preencher uma **Proposta**, a qual deve conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.

8.2 - A **Seguradora** fornecerá ao proponente protocolo eletrônico que identifique o recebimento da **Proposta**, com indicação da data e hora de seu recebimento.

8.3 - A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

8.4 - A Seguradora se manifestará acerca da aceitação ou não da Proposta no prazo de até 15 (quinze) dias, contados da data de seu recebimento, seja para seguros novos, renovações ou alterações que impliquem modificação do risco.

8.5 - A emissão e o envio da Apólice, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, substituirá a manifestação expressa de aceitação da Proposta pela Seguradora.

8.6 - A ausência de manifestação da Seguradora dentro do prazo de 15 (quinze) caracterizará a aceitação tácita.

8.7 - Dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a Seguradora poderá solicitar ao proponente o envio de informações ou documentos complementares, que se mostrem necessários para o exame e aceitação do risco. Ocorrendo a solicitação, haverá a suspensão do prazo para aceitação até o atendimento das exigências formuladas pela Seguradora, voltando a fluir o prazo a partir da data em que ocorrer a entrega dos documentos. A solicitação poderá ocorrer mais de uma vez, desde que a Seguradora fundamente o pedido de novas informações e/ou documentos ao proponente.

8.8 - Nos casos em que a aceitação de Proposta dependa da contratação ou alteração de resseguro facultativo, haverá a suspensão do prazo para aceitação da Proposta até que o ressegurador se manifeste expressamente à Seguradora. Nessa hipótese, não haverá a cobrança total ou parcial do Prêmio.

8.9 - A Seguradora comunicará o proponente da decisão de não aceitação da Proposta, indicando os motivos que justificaram a respectiva decisão.

8.10 - Mediante solicitação expressa do proponente, poderá haver cobertura provisória dos riscos e a cobrança total ou parcial do Prêmio antes da aceitação da Proposta.

8.11 - Havendo a aceitação da Proposta, o período de cobertura provisória pode ser considerado como de efetiva vigência.

8.12 - Havendo a recusa da Proposta, a cobertura provisória encerrar-se-á após 2 (dois) dias úteis contados da comunicação da não aceitação da Proposta ao proponente, representante legal ou Corretor de seguros, salvo na hipótese de a Apólice possuir vigência inferior a 12 (doze) meses, situação na qual a cobertura provisória encerrar-se-á imediatamente.

8.13 - No caso previsto no item acima, a Seguradora restituirá ao proponente a diferença entre o valor pago e o valor correspondente ao período de cobertura provisória, no prazo máximo de 10 (dez) dias contados da data da comunicação da não aceitação da Proposta.

8.14 - Considerar-se-á a data da aceitação da Proposta:

a) A data da manifestação da Seguradora, se anterior ao término do prazo indicado acima;

b) A data do término do prazo indicado acima, ressalvados os casos de suspensão do prazo de aceitação previstos nesta Cláusula.

8.15 - A Seguradora emitirá a Apólice em até 15 (quinze) dias após a data de Aceitação da Proposta de Seguro.

09 – RENOVAÇÃO

9.1 – A renovação deste Seguro não é automática, cabendo as partes acordarem previamente por escrito as bases da nova contratação.

9.2 - Em renovações sucessivas, será obrigatória a concessão pela Seguradora do período de retroatividade da Apólice anterior, salvo a fixação de outra data anterior àquela, mediante acordo entre as partes, hipótese em que a nova data prevalecerá para as renovações futuras.

10 – PAGAMENTO DE PRÊMIOS

10.1 - O prazo limite para o pagamento do Prêmio é a data de vencimento estipulada no documento de cobrança. Quando esta data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do Prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente. A Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado, conforme o caso, ou ainda, por expressa solicitação do Segurado, ao Corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis em relação à data de seu vencimento. Se o Sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do Prêmio, sem que este tenha sido efetuado, o direito à Indenização securitária previsto nesta Apólice não ficará prejudicado.

10.2 - Fica entendido e ajustado que, nos Seguros pagos em parcela única ou, no caso da primeira parcela nas Apólices cujo Prêmio seja pago em parcelas, qualquer Indenização securitária devida por força da presente Apólice somente será cabível depois que o pagamento do Prêmio ou sua primeira parcela, conforme o caso, for realizado pelo Segurado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança, sob pena de cancelamento da Apólice.

10.3 - No caso de parcelamento do pagamento do Prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira na sua data de vencimento, o prazo de vigência da Cobertura prevista nesta Apólice será ajustado em função do Prêmio efetivamente pago, ficando a Seguradora obrigada a informar ao Segurado o novo prazo, por meio de comunicação escrita, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela a seguir:

Tabela de prazo curto

Relação % entre a parcela de Prêmio paga e o Prêmio total desta Apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original	Relação % entre a parcela de Prêmio paga e o Prêmio total desta 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

*Para percentuais não previstos na tabela acima, deverá ser aplicado o percentual imediatamente superior.

Ainda na hipótese acima, se o seguro tiver sido contratado por prazo diferente de um ano, aplicam-se as mesmas disposições, mas a primeira e a terceira coluna da tabela devem ser adaptadas proporcionalmente ao período pactuado.

10.4 - Restabelecido o pagamento do **Prêmio** das parcelas ajustadas, acrescidas da cobrança de juros equivalentes aos praticados no mercado financeiro e de atualização monetária pelo IGP-M/FGV, dentro do novo prazo de pagamento, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original desta **Apólice**.

10.5 - Findo o novo prazo de pagamento, conforme reduzido nos termos da cláusula 10.3, sem que tenha sido retomado o pagamento do **Prêmio**, esta **Apólice** será cancelada, ficando a **Seguradora** desobrigada de qualquer responsabilidade e obrigação de pagamento da **Indenização**.

10.6 - No caso de parcelamento do pagamento do **Prêmio** em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da **Cobertura**, operar-se-á o cancelamento desta **Apólice**, após a comunicação prévia ao **Segurado**.

10.7 - No caso de parcelamento do pagamento do **Prêmio**, será garantida ao **Segurado** a possibilidade de antecipar tal pagamento, total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros pactuados.

10.8 - Quando o pagamento da **Indenização** securitária acarretar o cancelamento deste contrato de seguro em função da exaustão do **Limite Máximo de Indenização**, as parcelas vincendas do **Prêmio** deverão ser deduzidas do valor de referida **Indenização**, excluídos os juros de fracionamento.

10.9 - O pagamento do **Prêmio** do Seguro de forma parcelada não implicará na quitação total do mesmo até que todas as parcelas tenham sido pagas.

10.10 - Em caso de parcelamento do **Prêmio**, NÃO serão cobrados valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.

10.11 - Na hipótese de cancelamento do Seguro, o valor eventualmente devido a título de devolução de **Prêmio** deverá ser atualizado pela variação do IGP-M/FGV, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da **Seguradora**.

10.12 - No caso de extinção dos índices mencionados nesta **Apólice** deverão ser utilizados os índices IPCA/IBGE.

10.13 - Fica vedado o cancelamento do Contrato de Seguro cujo **Prêmio** tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto às instituições financeiras, nos casos em que o **Segurado** deixar de pagar o financiamento.

10.14 - O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de **Notificação** ou interpelação judicial, de uma vez, justamente com os demais valores do contrato.

10.15 - Os valores devidos a título de devolução de **Prêmio** sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no plano, a partir da data em que se tornarem exigíveis, nos seguintes casos:

10.15.1 - 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 **Seguradora**;

10.15.2 - No caso de recebimento indevido de **Prêmio**: a partir da data de recebimento do **Prêmio**;

10.15.3 - No caso de recusa da **Proposta**: A partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.

11 - ALTERAÇÕES DE RISCOS

11.1 - As seguintes alterações ocorridas durante o PERÍODO DE VIGÊNCIA desta Apólice deverão ser, imediata e obrigatoriamente, comunicadas pelo Segurado ou por quem representá-lo à Seguradora, para reanálise do risco e eventual estabelecimento de novas bases da Apólice:

11.1.1 - Correção ou alteração dos dados da Apólice, inclusive aqueles relacionados com as características do risco coberto;

11.1.2 - Inclusão e exclusão de Coberturas;

11.1.3 - Alteração da Razão Social do Segurado;

11.1.4 - Alteração da atividade profissional exercida pelo Segurado;

11.1.5 - Aquisição de novas empresas;

11.1.6 - Quaisquer outras circunstâncias que possam agravar o risco.

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

11.2.1 - A Seguradora disporá de 15 (quinze) dias para análise das alterações informadas, contados a partir da data em que recebeu a comunicação da alteração;

11.2.2 - Em caso de aceitação, a Seguradora providenciará a emissão do documento correspondente, nas condições previamente acordadas entre Segurado e Seguradora, inclusive, com possibilidade de cobrança de Prêmio adicional.

11.2.3 - Em caso de não aceitação, a Seguradora cancelará o Seguro, após 30 (trinta) dias, contados a partir da data do recebimento pelo Segurado ou seu representante da notificação da recusa do risco alterado. Neste caso, a Seguradora deverá restituir ao Segurado o Prêmio pago proporcionalmente ao período a decorrer de vigência da Apólice.

12 – HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

12.1 - O Segurado perderá o direito a qualquer Indenização securitária decorrente da presente Apólice quando:

12.1.1 – O Segurado ou 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, ficando prejudicado o direito à Indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio vencido.

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

12.1.3 - Houver fraude ou tentativa de fraude, declarações falsas no Questionário ou qualquer outro documento necessário para a avaliação do risco;

12.1.4 - Houver fraude ou tentativa de fraude, declarações falsas, provocação ou simulação do Sinistro, assim como agravação intencional do risco para receber Indenização;

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

12.3 - Quando de forma não intencional, for verificado, na ocorrência ou não de um Sinistro, que as informações prestadas pelo Segurado ou pelo Corretor de Seguros não correspondem à realidade e interferiram na avaliação e agravamento do risco objeto da presente Apólice, poderá a Seguradora (a) cobrar a respectiva diferença de Prêmio referente ao aumento do risco ou (b) resolver o contrato, na forma do disposto no parágrafo único do artigo 766 do Código Civil.

12.4 - Na ocorrência de quaisquer das hipóteses descritas nas cláusulas acima, o Segurado, conforme o caso, ficará ainda obrigado a pagar à Seguradora o valor do Prêmio vencido.

12.5 - Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado ou do Corretor de Seguros, a Seguradora poderá, na hipótese de NÃO ocorrência de Sinistro:

a) Cancelar o Seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) Permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível.

12.6 - Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado ou do Corretor de Seguros, a Seguradora poderá, na hipótese de ocorrência de Sinistro que não ultrapasse o Limite Máximo de Indenização:

a) Cancelar o Seguro, após o pagamento da Indenização e/ou Custos de defesa, 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.

12.7 - Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado ou do Corretor de Seguros, a Seguradora poderá, na hipótese de ocorrência de Sinistro que exceda o Limite Máximo de Indenização, cancelar o Seguro, após o pagamento da Indenização, Custos de defesa e/ou custos de investigação, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do Prêmio cabível.

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

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

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

12.9 - Na hipótese de continuidade do contrato, a Seguradora poderá cobrar a diferença de Prêmio cabível.

12.10 - Sob pena de perder o direito à Indenização securitária, o Segurado comunicará o Sinistro à Seguradora, tão logo tome conhecimento, e adotará as providências imediatas para minorar suas consequências.

13 – FRANQUIAS E/OU PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO

13.1 - Desde que acordado entre as partes, serão aplicadas Franquias e/ou participação obrigatória do Segurado (POS), estabelecidas por ocasião da contratação do seguro e expressamente constantes na Apólice.

14 – INSPEÇÃO E VISTORIA DE SINISTRO

14.1 – Inspeção

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

14.1.2 – Fica, ainda, acordado que, para fins de aceitação do Seguro, a **Seguradora** reserva-se o direito de requerer adequações nos sistemas de prevenção, proteção ou processos aos quais estejam

relacionados às **Cobertura** do Seguro, o que será feito por escrito e estipulando-se prazo hábil para execução de tais providências.

14.1.3 - Em caso de eventual Sinistro, não tendo havido as adequações requeridas, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer Indenização ou custo de defesa.

14.2 – Vistoria de Sinistro

A **Seguradora** também se reserva o direito de realizar a vistoria de **Sinistro** para apuração de fatos e/ou obtenção de mais informações que contribuam com o processo de análise de **Sinistro** e/ou levantamento de eventuais **Prejuízos** sofridos.

15 – CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

15.1 - O Segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo Seguro sobre os mesmos bens e contra os mesmos riscos, deverá comunicar sua contratação, previamente, por escrito, a todas as sociedades seguradoras envolvidas, sob pena de perda de direito.

15.2 – Na ocorrência de **Sinistro** contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos em apólices distintas, a **Indenização** devida no âmbito deste seguro, relativa a cada perda coberta, será calculada como a proporção no valor total da soma do valor que seria devido, no âmbito de cada perda coberta, de cada apólice concorrente, como se não existisse a concorrência de apólices.

15.3 – A sub-rogação relativa a salvados operar-se-á na mesma proporção da cota de participação de cada sociedade seguradora na **Indenização** paga.

15.4 – 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.

16 – TRANSFERÊNCIA DE APÓLICES

16.1 - Em caso de transferência plena dos riscos compreendidos na apólice precedente, a nova sociedade seguradora poderá, mediante cobrança de **Prêmio** adicional e desde que não tenha ocorrido solução de continuidade do Seguro, admitir **Período de retroatividade de cobertura** da apólice precedente.

16.2 - Uma vez fixada data limite de retroatividade igual ou anterior à apólice vencida, a sociedade seguradora precedente ficará isenta da obrigatoriedade de conceder os prazos complementar e suplementar. 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**

Complementar e, quando contratado, de **Prazo Suplementar**. Neste último caso, a aplicação dos prazos adicionais ficará restrita à apresentação de reclamações de terceiro relativos a **Danos** ocorridos no período compreendido entre a data limite de retroatividade precedente, inclusive, e a nova data de limite de retroatividade.

17 – TRANSFORMAÇÃO DE APÓLICES

A Sociedade Seguradora não disponibilizará a possibilidade de transformar a Apólice à Base de Reclamações em Apólice à Base de Ocorrências.

18 – RESCISÃO E CANCELAMENTO

18.1 - O Seguro será cancelado quando:

18.1.1 - Não houver o pagamento do respectivo **Prêmio**, nas circunstâncias descritas no item Pagamento de **Prêmio**;

18.1.2 - O risco se relacionar a atos ilícitos Dolosos do **Segurado**, do beneficiado pelo Seguro ou dos representantes e seus **Empregados**, quer de um, quer de outro;

18.2 - O Seguro poderá ser cancelado ainda:

18.2.1 - Por iniciativa do **Segurado**, obtida a concordância da outra parte, restando a **Seguradora** o **Prêmio** referente a **Cobertura** decorrida, calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto do item “Pagamento de Prêmio”;

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

Os valores eventualmente restituídos serão atualizados monetariamente desde a data do recebimento da solicitação do cancelamento, quando a pedido do **Segurado**, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da **Seguradora**, conforme legislação vigente.

18.2.3 - Quando a **Indenização** ou a série de indenizações pagas atingirem o **Limite Máximo de Indenização** para as **Coberturas** especificamente discriminadas e/ou atingir o **Limite Máximo de Indenização** expressamente estabelecido nesta **Apólice**;

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

18.4 - Para prazos não previstos na Tabela de Prazo Curto, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior ou o calculado por interpolação linear entre os limites inferiores e superiores do intervalo.

18.5 - 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.

19 – SUBROGAÇÃO DE DIREITOS

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

19.2 - Salvo **Dolo**, a sub-rogação não tem lugar se o **Dano** for causado pelo cônjuge ou companheiro(a) do **Segurado**, seus descendentes ou ascendentes, consanguíneos ou afins.

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

20 – FORO

Fica estabelecido que as questões judiciais entre **Segurado** e **Seguradora** serão dirimidas no foro do domicílio do **Segurado**.

21 – PRESCRIÇÃO

As ações que derivarem desta **Apólice**, entre as partes vinculadas pela mesma, prescrevem de acordo com as disposições do Código Civil Brasileiro.

22 – CLÁUSULA DECLARATÓRIA

22.1 Quando o período de retroatividade, indicado na **Apólice**, for 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.

22.2 A declaração será exigida 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 **Seguradora**, se houver manutenção, ainda que parcial, do período de retroatividade do Seguro transferido.

22.3 O **Questionário** é o documento formal do qual deverá constar informações relativas às ocorrências mencionadas nesta Cláusula.

23 – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

23.1 - A aceitação deste Seguro estará sujeita à análise do risco.

23.2 - O registro deste plano na **SUSEP** é automático e não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

23.3 - O **Segurado** poderá consultar a situação cadastral de seu **Corretor** de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na **SUSEP**, nome completo, CNPJ ou CPF.

24 – DOCUMENTOS DO SEGURO

24.1 - São documentos do presente Seguro, a Proposta com seus anexos e, quando for o caso, o respectivo Questionário e a ficha de informações apresentadas pelo Segurado ou seu Corretor à Seguradora.

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

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

**OS ITENS DISPOSTOS ABAIXO DEVEM SER SUBSTITUÍDOS/SOBREPOSTOS/INCLUÍDOS NA
CONDIÇÃO GERAL DO SEGURO**

03 – OBJETIVO DO SEGURO

3.1 - A Seguradora pagará os valores relativos a condenações pecuniárias, acordos e despesas de defesa incorridas por conta de **Reclamação** feita por **Terceiros** contra o **Segurado**, em razão da ocorrência de eventos cobertos pela **Apólice**, relacionados à **Prestação de Serviços** do **Segurado**, no exercício profissional, como **Médico**, ou como prestador de serviços de Medicina, quando contratado como Pessoa Jurídica.

05 - RISCOS EXCLUÍDOS

5.3 – GARANTIAS E CONVENÇÕES PARTICULARES

FICAM EXCLUÍDAS AS RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE RESPONSABILIDADES ASSUMIDAS PELO SEGURADO POR CONTRATOS, CONVENÇÕES, PROMESSAS, COMPROMISSOS, ACERTOS E GARANTIAS, ESCRITAS OU NÃO, E POR QUALQUER OUTRO TIPO DE ACORDO, QUE NÃO SEJAM DECORRENTES DE OBRIGAÇÕES CIVIS LEGAIS, INCLUÍDO, MAS NÃO SE LIMITANDO ÀS, RESPONSABILIDADES ASSUMIDAS PELO SEGURADO VINCULADAS A PROMESSAS DE CURA E/OU MELHORA DE QUADRO CLÍNICO, SOBREVIVÊNCIA E PERCENTUAIS DE CHANCES DE SUCESSO DE TRATAMENTOS MÉDICOS ATRIBUÍDOS AO SEGURADO.

07 – DEMAIS CARACTERÍSTICAS DO SEGURO

A substituir:

7.7 – Segurado

Além das definições constantes na Cláusula 2 desta **Apólice**, considera-se também como **Segurado(s)**:

7.7.1 - Estritamente, como Pessoa Jurídica:

- Os sócios, diretores e demais executivos, enquanto desempenharem suas atividades profissionais como **MÉDICO** em nome do **Contratante** deste Seguro.
- Os **Empregados** do **Segurado**, enquanto desempenharem suas atividades profissionais para a sociedade de médicos e desde que haja o acionamento direto do **Segurado** por atos(s) e/ou fato(s) declarados pelo(s) autor(es) causados pelo(s) **Empregado(s)** do **Segurado**.

7.7.2 - Na figura de Pessoa Física:

- O cônjuge ou companheiro(a), herdeiro(s), representantes legais e espólio, caso o **Segurado** venha a falecer ou tornar-se incapaz civilmente.

25 – GLOSSÁRIO

A substituir:

CONSELHOS DE CLASSE: são os órgãos Federais e Regionais regulamentadores da profissão de **Medicina**, estabelecidos nos termos da Lei Federal n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957.

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: é a realização de trabalhos reconhecidos como profissionais de **Medicina** junto aos seus respectivos **Conselhos de Classe**, prestados a terceiros em troca de remuneração, honorários, comissão ou forma similar de pagamento. **Para efeitos de interpretação desta Apólice, não é considerada Prestação de Serviços o uso e a conservação de imóveis e/ou produtos comercializados e/ou distribuídos pelo Segurado.**

SEGURADO: refere-se ao **Contratante** da **Apólice**: (i) Pessoa física, na qualidade de **Médico**; ou (ii) Pessoa Jurídica e qualquer filial desta, que realize a prestação de serviços profissionais de medicina.

A incluir:

MÉDICO: é o profissional formado em Medicina, devidamente reconhecido pelo seu órgão de classe para a realização de atividades relacionadas à manutenção e restauração da saúde, tais como, prevenção e cura de doenças humanas.

RATIFICAÇÃO

RATIFICAM-SE AS CONDIÇÕES GERAIS DESTES SEGUROS QUE NÃO TENHAM SIDO ALTERADAS OU ADICIONADAS POR ESTA CONDIÇÃO ESPECIAL.

**OS ITENS DISPOSTOS ABAIXO DEVEM SER SUBSTITUÍDOS/SOBREPOSTOS/INCLUÍDOS NA
CONDIÇÃO GERAL DO SEGURO**

03 – OBJETIVO DO SEGURO

3.1 - A Seguradora pagará os valores relativos a condenações pecuniárias, acordos e despesas de defesa incorridas por conta de **Reclamação** feita por **Terceiros** contra o **Segurado**, em razão da ocorrência de eventos cobertos pela **Apólice**, relacionados à **Prestação de Serviços** do **Segurado**, no exercício profissional, como **Médico**, ou como prestador de serviços de Medicina, quando contratado como Pessoa Jurídica.

05 - RISCOS EXCLUÍDOS

5.3 – GARANTIAS E CONVENÇÕES PARTICULARES

FICAM EXCLUÍDAS AS RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE RESPONSABILIDADES ASSUMIDAS PELO SEGURADO POR CONTRATOS, CONVENÇÕES, PROMESSAS, COMPROMISSOS, ACERTOS E GARANTIAS, ESCRITAS OU NÃO, E POR QUALQUER OUTRO TIPO DE ACORDO, QUE NÃO SEJAM DECORRENTES DE OBRIGAÇÕES CIVIS LEGAIS, INCLUÍDO, MAS NÃO SE LIMITANDO, A RESPONSABILIDADES ASSUMIDAS PELO SEGURADO VINCULADAS A PROMESSAS DE CURA E/OU MELHORA DE QUADRO CLÍNICO, SOBREVIVÊNCIA E PERCENTUAIS DE CHANCES DE SUCESSO DE TRATAMENTOS MÉDICOS ATRIBUÍDOS AO SEGURADO.

07 – DEMAIS CARACTERÍSTICAS DO SEGURO

A substituir:

7.7 – Segurado

Além das definições constantes na Cláusula 2 desta **Apólice**, considera-se também como **Segurado(s)**:

7.7.1 - Estritamente, como Pessoa Jurídica:

- Os sócios, diretores e demais executivos, enquanto desempenharem suas atividades profissionais como **MÉDICO** em nome do **Contratante** deste Seguro.
- Os **Empregados** do **Segurado**, enquanto desempenharem suas atividades profissionais para a sociedade de médicos e desde haja o acionamento direto do **Segurado** por atos(s) e/ou fato(s) declarados pelo(s) autor(es) causados pelo(s) **Empregado(s)** do **Segurado**.

7.7.2 - Na figura de Pessoa Física:

- O cônjuge ou companheiro(a), herdeiro(s), representantes legais e espólio, caso o **Segurado** venha a falecer ou tornar-se incapaz civilmente.

A incluir:

7.9. Salvo disposição em contrário, a responsabilidade máxima aceita por esta **Seguradora** para fins de pagamento de honorários advocatícios relacionados à defesa do **Segurado**, aplicável por reclamação será descrita conforme condições aplicadas na **Especificação da Apólice** e/ou **Certificado de Seguro**.

25 – GLOSSÁRIO

A substituir:

CONSELHOS DE CLASSE – são os órgãos Federais e Regionais regulamentadores da profissão de **Medicina**, estabelecidos nos termos da Lei Federal n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957.

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: é a realização de trabalhos reconhecidos como profissionais de **Medicina** junto aos seus respectivos **Conselhos de Classe**, prestados a terceiros em troca de remuneração, honorários, comissão ou forma similar de pagamento. **Para efeitos de interpretação desta Apólice, não é considerada Prestação de Serviços o uso e a conservação de imóveis e/ou produtos comercializados e/ou distribuídos pelo Segurado.**

Segurado: refere-se ao **Contratante da Apólice:** (i) Pessoa física na qualidade de **Médico**; ou (ii) Pessoa Jurídica e qualquer filial deste, no caso de prestação de serviços profissionais de medicina.

A incluir:

MÉDICO: é o profissional formado em Medicina, devidamente reconhecido pelo seu órgão de classe para a realização de atividades relacionadas à manutenção e restauração da saúde, tais como, prevenção e cura de doenças humanas.

VALOR DO PEDIDO: corresponde à providência jurisdicional pretendida, considerando o sentido imediato (aspecto processual) e mediato (aspecto material) da demanda, incluindo, mas não se limitando a **Danos Materiais, Morais, Corporais e Estéticos**.

RATIFICAÇÃO

**RATIFICAM-SE AS CONDIÇÕES GERAIS DESTES SEGUROS QUE NÃO TENHAM SIDO
ALTERADAS OU ADICIONADAS POR ESTA CONDIÇÃO ESPECIAL**

**OS ITENS DISPOSTOS ABAIXO DEVEM SER SUBSTITUÍDOS/SOBREPOSTOS/INCLUÍDOS NA
CONDIÇÃO GERAL DO SEGURO**

03 – OBJETIVO DO SEGURO

3.1 - A Seguradora pagará os valores relativos a condenações pecuniárias, acordos e despesas de defesa incorridas por conta de **Reclamação** feita por **Terceiros** contra o **Segurado**, em razão da ocorrência de eventos cobertos pela **Apólice**, relacionados à **Prestação de Serviços** do **Segurado**, no exercício profissional, como **Dentista**, ou como prestador de serviços de Odontologia, quando contratado como Pessoa Jurídica.

05 - RISCOS EXCLUÍDOS

5.3 – GARANTIAS E CONVENÇÕES PARTICULARES

FICAM EXCLUÍDAS AS RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE RESPONSABILIDADES ASSUMIDAS PELO SEGURADO POR CONTRATOS, CONVENÇÕES, PROMESSAS, COMPROMISSOS, ACERTOS E GARANTIAS, ESCRITAS OU NÃO, E POR QUALQUER OUTRO TIPO DE ACORDO, QUE NÃO SEJAM DECORRENTES DE OBRIGAÇÕES CIVIS LEGAIS, INCLUINDO, MAS NÃO SE LIMITANDO A, RESPONSABILIDADES ASSUMIDAS PELO SEGURADO VINCULADAS À PROMESSAS DE CURA E/OU MELHORA DE QUADRO CLÍNICO, SOBREVIVÊNCIA E PERCENTUAIS DE CHANCES DE SUCESSO DE TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS ATRIBUÍDOS AO SEGURADO.

07 – DEMAIS CARACTERÍSTICAS DO SEGURO

7.7 – Segurado

Além das definições constantes na Cláusula 2 desta **Apólice**, considera-se também como **Segurado(s)**:

7.7.1 - Estritamente, como Pessoa Jurídica:

- Os sócios, diretores e demais executivos, enquanto desempenharem suas atividades profissionais como **DENTISTA** em nome do **Contratante** deste Seguro.
- Os **Empregados** do **Segurado**, enquanto desempenharem suas atividades profissionais para a sociedade de dentistas e desde que haja o acionamento direto do **Segurado** por atos(s) e/ou fato(s) declarados pelo(s) autor(es) causados pelo(s) **Empregado(s)** do **Segurado**.

7.7.2 - Na figura de Pessoa Física:

- O cônjuge ou companheiro(a), herdeiro(s), representantes legais e espólio, caso o **Segurado** venha a falecer ou tornar-se incapaz civilmente.

25- GLOSSÁRIO

A substituir:

CONSELHOS DE CLASSE – são os órgãos Federais e Regionais regulamentadores da profissão de **Odontologia**, estabelecidos nos termos da Lei Federal n.º 4.324, de 14 de abril de 1964.

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: é a realização de trabalhos reconhecidos como profissionais de **Odontologia** junto aos seus respectivos **Conselhos de Classe**, prestados a terceiros em troca de remuneração, honorários, comissão ou forma similar de pagamento. **Para efeitos de interpretação desta Apólice, não é considerada Prestação de Serviços o uso e a conservação de imóveis e/ou produtos comercializados e/ou distribuídos pelo Segurado.**

SEGURADO: refere-se ao **Contratante** da **Apólice**: (i) Pessoa física na qualidade de **Dentista**; ou (ii) Pessoa Jurídica e qualquer filial desta, nos casos de prestação de serviços profissionais de odontologia.

A incluir:

DENTISTA: também denominado “odontologista”, é o profissional formado em odontologia e devidamente reconhecido pelo seu órgão de classe para a prestação de serviços de saúde bucal.

PREENCHEDORES FACIAIS: para fins de **Cobertura** do seguro, Preenchedores Faciais são todas as substância utilizadas para este fim, **que não estão suspensos ou proibidos pela Anvisa, qualquer outro órgão competente na época de sua utilização e que estejam de acordo com as determinações do respectivo Conselho de Classe.**

RATIFICAÇÃO

**RATIFICAM-SE AS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO
ALTERADAS OU ADICIONADAS POR ESTA CONDIÇÃO ESPECIAL.**

**OS ITENS DISPOSTOS ABAIXO DEVEM SER SUBSTITUÍDOS/SOBREPOSTOS/INCLUÍDOS NA
CONDIÇÃO GERAL DO SEGURO**

03 – OBJETIVO DO SEGURO

3.1 - A **Seguradora** pagará os valores relativos a condenações pecuniárias, acordos e despesas de defesa incorridas por conta de **Reclamação** feita por **Terceiros** contra o **Segurado**, em razão da ocorrência de eventos cobertos pela **Apólice**, relacionados à **Prestação de Serviços** do **Segurado**, no exercício profissional, como **Dentista**, ou como prestador de serviços de Odontologia, quando contratado como Pessoa Jurídica.

05 - RISCOS EXCLUÍDOS

5.3 – GARANTIAS E CONVENÇÕES PARTICULARES

FICAM EXCLUÍDAS AS RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE RESPONSABILIDADES ASSUMIDAS PELO SEGURADO POR CONTRATOS, CONVENÇÕES, PROMESSAS, COMPROMISSOS, ACERTOS E GARANTIAS, ESCRITAS OU NÃO, E POR QUALQUER OUTRO TIPO DE ACORDO, QUE NÃO SEJAM DECORRENTES DE OBRIGAÇÕES CIVIS LEGAIS, INCLUINDO, MAS NÃO SE LIMITANDO, A RESPONSABILIDADES ASSUMIDAS PELO SEGURADO VINCULADAS A PROMESSAS DE CURA E/OU MELHORA DE QUADRO CLÍNICO, SOBREVIVÊNCIA E PERCENTUAIS DE CHANCES DE SUCESSO DE TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS ATRIBUÍDOS AO SEGURADO.

07 – DEMAIS CARACTERÍSTICAS DO SEGURO

7.7 – Segurado

Além das definições constantes na Cláusula 2 desta **Apólice**, considera-se também como **Segurado(s)**:

7.7.1 - Estritamente, como Pessoa Jurídica:

- Os sócios, diretores e demais executivos, enquanto desempenharem suas atividades profissionais como **DENTISTA** em nome do **Contratante** deste Seguro.
- Os **Empregados** do **Segurado** enquanto desempenharem suas atividades profissionais para a sociedade de dentistas e desde que haja o acionamento direto do **Segurado** por atos(s) e/ou fato(s) declarados pelo(s) autor(es) causados pelo(s) **Empregado(s)** do **Segurado**.

7.7.2 - Na figura de Pessoa Física ou Jurídica:

- O cônjuge ou companheiro(a), herdeiro(s), representantes legais e espólio, caso o **Segurado** venha a falecer ou tornar-se incapaz civilmente.

A incluir:

7.9. Salvo disposição em contrário, a responsabilidade máxima aceita por esta **Seguradora** para fins de pagamento de honorários advocatícios relacionados à defesa do **Segurado**, aplicável por reclamação será descrita conforme condições aplicadas na **Especificação da Apólice** e/ou **Certificado de Seguro**.

25- GLOSSÁRIO

A substituir:

CONSELHOS DE CLASSE: são os órgãos Federais e Regionais regulamentadores da profissão de **Odontologia**, estabelecidos nos termos da Lei Federal n.º 4.324, de 14 de abril de 1964.

prestação de serviços: é a realização de trabalhos reconhecidos como profissionais de **Odontologia** junto aos seus respectivos **Conselhos de Classe**, prestados a terceiros em troca de remuneração, honorários, comissão ou forma similar de pagamento. **Para efeitos de interpretação desta Apólice, não é considerada Prestação de Serviço o uso e a conservação de imóveis e/ou produtos comercializados e/ou distribuídos pelo Segurado.**

Segurado: refere-se ao **Contratante** da **Apólice**: (i) Pessoa física na qualidade de **Dentista**; ou (ii) Pessoa Jurídica e qualquer filial desta, no caso de prestação de serviços profissionais de odontologia.

A incluir:

DENTISTA: também denominado “odontologista”, é o profissional formado em odontologia e devidamente reconhecido ao seu órgão de classe para a prestação de serviços de saúde bucal.

PREENCHEDORES FACIAIS: para fins de **Cobertura** do seguro, Preenchedores Faciais são todas as substância utilizadas para este fim, **que não estão suspensos ou proibidos pela Anvisa qualquer outro órgão competente na época de sua utilização e que estejam de acordo com as determinações do respectivo conselho de classe.**

VALOR DO PEDIDO: corresponde à providência jurisdicional pretendida, considerando o sentido imediato (aspecto processual) e mediato (aspecto material) da demanda, incluindo, mas não se limitando, a **Danos Materiais, Morais, Corporais e Estéticos.**

RATIFICAÇÃO

**RATIFICAM-SE AS CONDIÇÕES GERAIS DESTES SEGUROS QUE NÃO TENHAM SIDO
ALTERADAS OU ADICIONADAS POR ESTA CONDIÇÃO ESPECIAL.**

01 – RISCO COBERTO

Considera-se Risco Coberto a Responsabilidade Civil Profissional do Segurado, caracterizada na forma da Cláusula Objetivo do Seguro das Condições Gerais, decorrente de erros e/ou omissões diretamente relacionados com as atividades profissionais do Segurado, mencionadas nas Especificações desta **Apólice**, nos termos das leis, estatutos e demais ordenamentos brasileiros regulamentadores de tais atividades.

02 - RISCOS EXCLUÍDOS

APLICAM-SE A ESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS AS EXCLUSÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTA APÓLICE.

RATIFICAÇÃO

**RATIFICAM-SE AS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO
ALTERADAS OU ADICIONADAS POR ESTA CONDIÇÃO ESPECIAL.**

01 – RISCO COBERTO

Considera-se Risco Coberto a Responsabilidade Civil Profissional do Segurado, caracterizada na forma da Cláusula Objetivo do Seguro das Condições Gerais, decorrente de erros e/ou omissões diretamente relacionados com as atividades profissionais do Segurado, mencionadas nas Especificações desta **Apólice**, nos termos das leis, estatutos e demais ordenamentos brasileiros regulamentadores de tais atividades.

02 - RISCOS EXCLUÍDOS

APLICAM-SE A ESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS AS EXCLUSÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTA APÓLICE.

07 – DEMAIS CARACTERÍSTICAS DO SEGURO

7.7 – Segurado

Além das definições constantes na Cláusula 2 desta **Apólice**, considera-se também como **Segurado(S)**:

7.7.1 - Estritamente, como Pessoa Jurídica:

- Os sócios, diretores e demais executivos, enquanto desempenharem suas atividades profissionais na área da Saúde, em nome do **Contratante** deste Seguro.
- Os **Empregados** do **Segurado**, enquanto desempenharem suas atividades profissionais na área da Saúde, e desde que haja o acionamento direto do **Segurado** por atos(s) e/ou fato(s) declarados pelo(s) autor(es) causados pelo(s) **Empregado(s)** do **Segurado**.

7.7.2 - Na figura de Pessoa Física:

- O cônjuge ou companheiro(a), herdeiro(s), representantes legais e espólio, caso o **Segurado** venha a falecer ou tornar-se incapaz civilmente.

A incluir:

7.9. Salvo disposição em contrário, a responsabilidade máxima aceita por esta **Seguradora** para fins de pagamento de honorários advocatícios relacionados à defesa do **Segurado**, aplicável por reclamação será descrita conforme condições aplicadas na **Especificação** da **Apólice** e/ou **Certificado** de **Seguro**.

25- GLOSSÁRIO

VALOR DO PEDIDO: corresponde à providência jurisdicional pretendida, considerando o sentido imediato (aspecto processual) e mediato (aspecto material) da demanda, incluindo, mas não se limitando, a **Danos Materiais, Morais, Corporais e Estéticos**.

RATIFICAÇÃO

**RATIFICAM-SE AS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO
ALTERADAS OU ADICIONADAS POR ESTA CONDIÇÃO ESPECIAL.**

CLÁUSULA PARTICULAR Nº 01: COBERTURA DE HONORÁRIOS RETIDOS

1.1 A presente **Cobertura** adicional garante os valores não recebidos pelo **Segurado**, a título de remuneração, honorários, comissão ou forma similar de pagamento, decorrentes de sua **Prestação de Serviços**, quando:

1.1.1 O **Segurado** vier a sofrer eventual retenção de pagamento(s), cuja recusa de terceiro(s) seja pautada em alegado **Dano** causado pela **Prestação de Serviços**, **excluindo-se, porém, sua margem de lucro e respectivas taxas e impostos**; ou

1.1.2 O **Segurado** conceder a terceiro a isenção de pagamento, **condicionada à sua desistência de ingressar com Reclamação em face do Segurado e cujos efeitos sejam cobertos por esta Apólice**.

1.2 Esta cláusula de Cobertura não se soma às demais cláusulas de Cobertura da Apólice e, em caso de Indenização, terá seus valores deduzidos até o respectivo Limite Máximo de Indenização contratado, nunca podendo ultrapassar o Limite Máximo de Garantia da Apólice.

Os demais termos e condições da presente **Apólice** permanecem inalterados.

CLÁUSULA PARTICULAR Nº 02: COBERTURA DE CALÚNIA, INJÚRIA E DIFAMAÇÃO

2.1 A presente **Cobertura** adicional garante, caso algum terceiro entenda que o **Segurado**, no desempenho da **Prestação de Serviços** contratados, praticou algum ato de calúnia, injúria ou difamação, as despesas de defesa, bem como o pagamento da **Indenização**, caso seja necessário.

2.2 Esta cláusula de Cobertura não se soma às demais cláusulas de Cobertura da Apólice e, em caso de Indenização, terá seus valores deduzidos até o respectivo Limite Máximo de Indenização contratado, nunca podendo ultrapassar o Limite Máximo de Garantia da Apólice.

Os demais termos e condições da presente **Apólice** permanecem inalterados.

CLÁUSULA PARTICULAR Nº 03: COBERTURA DE OMISSÃO DE SOCORRO

3.1 A presente **Cobertura** garante, caso o **Segurado** seja acusado de ter praticado Omissão de Socorro, nos termos descritos no Código Penal Brasileiro, e desde que exclusivamente relacionado à **Prestação de serviços** contratada, todas as despesas de defesa do **Segurado** para provar sua inocência.

3.2 Esta cláusula de Cobertura não se soma às demais cláusulas de Cobertura da Apólice e, em caso de Indenização, terá seus valores deduzidos até o respectivo Limite Máximo de indenização contratado, nunca podendo ultrapassar o Limite Máximo de Garantia da Apólice.

Os demais termos e condições da presente **Apólice** permanecem inalterados.

CLÁUSULA PARTICULAR Nº 04: COBERTURA DE INFECÇÃO HOSPITALAR

4.1 A presente **Cobertura** garante, caso o **Segurado** seja envolvido em demanda judicial decorrente de alegada Infecção Hospitalar, nos termos das definições vigentes, emanadas pela **Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA**, contraída por paciente(s) sob sua responsabilidade, as despesas de defesa do **Segurado** e eventuais condenações que lhe sejam imputadas.

4.2 Esta cláusula de Cobertura não se soma às demais cláusulas de Cobertura da Apólice e, em caso de Indenização, terá seus valores deduzidos até o respectivo Limite Máximo de Indenização contratado, nunca podendo ultrapassar o Limite Máximo de Garantia da Apólice.

Os demais termos e condições da presente **Apólice** permanecem inalterados.

CLÁUSULA PARTICULAR Nº 05: COBERTURA DE CHEFE DE EQUIPE OU DIRETOR MÉDICO

5.1 Com a contratação da presente **Cobertura**, as condições deste Seguro estender-se-ão em caráter especial ao **Segurado**, na condição de chefe de equipe médica, diretor clínico médico ou posição similar, quando este for envolvido em **Reclamação** de **Danos** por serviços praticados por sua equipe e/ou outro profissional sob sua responsabilidade.

5.2 Esta cláusula de Cobertura não se soma às demais cláusulas de Cobertura da Apólice e, em caso de Indenização, terá seus valores deduzidos até o respectivo limite máximo de indenização contratado, nunca podendo ultrapassar o Limite Máximo de Garantia da Apólice.

Os demais termos e condições da presente **Apólice** permanecem inalterados.

CLÁUSULA PARTICULAR Nº 06: COBERTURA EXTENSIVA PARA A PESSOA JURÍDICA

6.1 A presente **Cobertura** garante, caso o **Segurado** possua uma empresa aberta para o desempenho de suas atividades profissionais e esta empresa sofra uma **Reclamação** por alegado ato decorrente da **Prestação de Serviços** praticada por este, nos termos dos riscos cobertos da presente **Apólice**, as reclamações apresentadas contra a Pessoa Jurídica, **desde que:**

a) **Seja decorrente de procedimentos adotados pelo Segurado; e**

b) **O Segurado seja o Sócio da Empresa.**

6.2 Esta cláusula de Cobertura não se soma às demais cláusulas de Cobertura da Apólice e, em caso de Indenização, terá seus valores deduzidos até o respectivo Limite Máximo de Indenização contratado, nunca podendo ultrapassar o Limite Máximo de Garantia da Apólice.

Os demais termos e condições da presente **Apólice** permanecem inalterados.

CLÁUSULA PARTICULAR Nº 07: COBERTURA DE DANOS A EXAMES/LAUDOS DE CLIENTES

7.1 A presente **Cobertura** garante, caso ocorra a perda ou **Dano** de exame(s) e/ou laudo(s) de cliente(s) do **Segurado**, no desempenho de suas **funções - e desde que tal(is) documento(s) esteja(m) legalmente sob sua posse** - até o **limite máximo de indenização** contratado, os gastos e despesas necessários para a restituição e reparação de tais documentos.

7.2 Esta cláusula **são se aplica para reclamações de Danos decorrentes de uso e desgastes naturais de exames, laudos e outros documentos relacionados a estes.**

7.3 Esta cláusula de Cobertura não se soma às demais cláusulas de Cobertura da Apólice e, em caso de Indenização, terá seus valores deduzidos até o respectivo Limite Máximo de Indenização contratado, nunca podendo ultrapassar o Limite Máximo de Garantia da Apólice.

Os demais termos e condições da presente **Apólice** permanecem inalterados.

CLÁUSULA PARTICULAR N.º 08: COBERTURA DE PAGAMENTOS SUPLEMENTARES

8.1 Se, em decorrência de um processo de **Sinistro** em regulação, o **Segurado** necessitar comparecer a audiências de julgamento, oitivas e outros procedimentos de âmbito judicial cível, a presente **Cobertura** garante as despesas incorridas e eventuais perdas financeiras do **Segurado** para atendimento deste(s) evento(s).

8.2 Esta cláusula de Cobertura não se soma às demais cláusulas de Cobertura da Apólice e, em caso de Indenização, terá seus valores deduzidos até o respectivo Limite Máximo de Indenização contratado, nunca podendo ultrapassar o Limite Máximo de Garantia da Apólice.

Os demais termos e condições da presente **Apólice** permanecem inalterados.

CLÁUSULA PARTICULAR Nº 09: CHEFE DE EQUIPE OU DIRETOR ODONTOLÓGICO

9.1 Com a contratação da presente **Cobertura**, as condições deste Seguro estender-se-ão em caráter especial ao **Segurado**, na condição de chefe de equipe odontológica, diretor clínico odontológico ou posição similar, quando este for envolvido em **Reclamação** de **Danos** por serviços praticados por sua equipe e/ou outro profissional sob sua responsabilidade.

9.2 Esta cláusula de Cobertura não se soma às demais cláusulas de Cobertura da Apólice e, em caso de Indenização, terá seus valores deduzidos até o respectivo Limite Máximo de Indenização contratado, nunca podendo ultrapassar o Limite Máximo de Garantia da Apólice.

Os demais termos e condições da presente **Apólice** permanecem inalterados.

CLÁUSULA PARTICULAR Nº 10: COBERTURA DE INFECÇÃO CONTRAÍDA NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

10.1 A presente **Cobertura** garante, caso o **Segurado** seja envolvido em demanda judicial decorrente de alegada Infecção contraída durante o atendimento odontológico dentro da clínica ou causada pelo uso de algum instrumento, nos termos das definições vigentes e emanadas pela **Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA**, por paciente(s) sob sua responsabilidade, as despesas de defesa do **Segurado** e eventuais condenações que lhe sejam imputadas.

10.2 Esta cláusula de Cobertura não se soma às demais cláusulas de Cobertura da Apólice e, em caso de Indenização, terá seus valores deduzidos até o respectivo Limite Máximo de Indenização contratado, nunca podendo ultrapassar o Limite Máximo de Garantia da Apólice.

Os demais termos e condições da presente **Apólice** permanecem inalterados.

CLÁUSULA PARTICULAR Nº 11: COBERTURA DE DANOS A DOCUMENTOS DE CLIENTES

11.1 Caso ocorra a perda ou **Dano** de documento(s) de cliente(s) do **Segurado**, no desempenho de suas **funções - e desde que tal(is) documento(s) esteja(m) legalmente sob sua posse**, a presente **Cobertura** adicional garante os gastos e despesas necessários para a restituição e reparação de tais documentos.

11.2 Esta cláusula não se aplica a reclamações de Danos decorrentes do uso ou desgaste natural de documentos.

11.3 Esta cláusula de Cobertura não se soma às demais cláusulas de Cobertura da Apólice e, em caso de Indenização, terá seus valores deduzidos até o respectivo Limite Máximo de Indenização contratado, nunca podendo ultrapassar o Limite Máximo de Garantia da Apólice.

Os demais termos e condições da presente **Apólice** permanecem inalterados.

CLÁUSULA PARTICULAR Nº 12: COBERTURA DE ATOS INTENCIONAIS DE COLABORADORES

12.1 A presente **Cobertura** garante o pagamento integral, caso algum **Empregado** ou **Colaborador**, sob a responsabilidade do **Segurado**, cause **Danos** a terceiro(s), por atos desonestos ou fraudulentos cometidos no exercício de sua atividade profissional, das indenizações **a título de Dano Material ou Moral**.

12.2 Esta cláusula de Cobertura não se soma às demais cláusulas de Cobertura da Apólice e, em caso de Indenização, terá seus valores deduzidos até o respectivo Limite Máximo de Indenização contratado, nunca podendo ultrapassar o Limite Máximo de Garantia da Apólice.

Os demais termos e condições da presente **Apólice** permanecem inalterados.

CLÁUSULA PARTICULAR Nº 13: ASSOCIADOS

13.1. Fica entendido e acordado que os Associados da _____, listados abaixo, serão considerados **Segurados** e estarão amparados por **Reclamações** decorrentes da prestação de seus **Serviços Profissionais**, conforme atividade determinada na **Especificação** da **Apólice**, respeitando as premissas a seguir:

- a) **Caso o profissional se desassocie, este passa automaticamente a não fazer parte da Apólice, deixando de figurar como Segurado; e**
- b) **Caso o profissional já possua uma apólice individual com o mesmo objetivo, a presente Apólice figurará em excesso à apólice já existente.**

Lista de Associados:

-.....
-.....
-.....
-.....
-.....
-.....
-.....

Os demais termos e condições da presente **Apólice** permanecem inalterados.

CLÁUSULA PARTICULAR Nº 14: EXCLUSÃO DE RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE FALHA OU ACONDICIONAMENTO INADEQUADO DOS MATERIAIS

14.1 A PRESENTE CLAUSULA PARTICULAR EXCLUI AS RECLAMAÇÕES, DIRETA OU INDIRETAMENTE, RELACIONADAS A, DECORRENTES DE OU EM CONSEQUÊNCIA DE FALHAS NA PRESERVAÇÃO E/OU DO TRANSPORTE E/OU DO ARMAZENAMENTO INADEQUADO DOS MATERIAIS COLETADOS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS.

A INCLUIR NAS DEFINIÇÕES DA **APÓLICE**:

MATERIAIS COLETADOS: sangue, medula óssea e/ou qualquer outro material coletado do corpo humano.

MEDICAMENTOS UTILIZADOS: soro, soro fisiológico, seringas, drogas, anestésicos e qualquer outro medicamento similar utilizados nos procedimentos.

As demais condições da presente **Apólice** permanecem inalteradas.

CLÁUSULA PARTICULAR Nº 15: EXCLUSÃO RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE CONTAMINAÇÃO EM LOTE DAS BOLSAS DE SANGUE

15.1. A PRESENTE CLAUSULA PARTICULAR EXCLUI AS RECLAMAÇÕES, DIRETA OU INDIRETAMENTE, RELACIONADAS A, DECORRENTES DE OU EM CONSEQUÊNCIA DE CONTAMINAÇÃO EM LOTE DAS BOLSAS DE SANGUE

As demais condições da presente **Apólice** permanecem inalteradas.

CLÁUSULA PARTICULAR Nº 16: EXCLUSÃO DE RECLAMAÇÕES DECORRENTES DE PROCEDIMENTOS DE ESTÉTICA FACIAL VINCULADAS AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO.

16.1 FICAM EXCLUIDAS DA COBERTURA DO SEGUROS AS RECLAMAÇÕES, DIRETA OU INDIRETAMENTE, RELACIONADAS, ATRIBUÍVEIS OU DECORRENTES DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS FACIAIS, OS QUAIS NÃO POSSUAM RELAÇÃO COM TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS, INCLUINDO, MAS NÃO SE LIMITANDO A BICLECTOMIA, UTILIZAÇÃO DE FIOS DE SUSTENTAÇÃO FACIAL E UTILIZAÇÃO DE PREENCHEDORES FACIAIS, EXCETO QUANDO CONTRATADO E DESCRIMINADO NA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE.

16.2 A INCLUIR NAS DEFINIÇÕES DA APÓLICE:

PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS FACIAIS: procedimentos de cunho ou finalidade estética não relacionada a qualquer tipo de enfermidade ou tratamento odontológico, na região da face do paciente. **Para fins dessa Apólice, implantes, limpezas, lentes de contato, ortodontia não fazem parte desta definição.**

Os demais termos, condições e exclusões da **Apólice** permanecem inalterados.

**CLÁUSULAS PARTICULARES PARA SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL
PROFISSIONAL Nº 04 - Cirurgiões Plásticos**

**OS ITENS ABAIXO DEVEM SER SUBSTITUIDOS/SOBREPOSTOS/INCLUÍDOS
NA CONDIÇÃO GERAL DO SEGURO**

04 – COBERTURAS DO SEGURO

4.1

C) Danos à reputação (gerenciamento de crise)

O presente Seguro cobrirá as despesas necessárias para assessoria de imprensa e relações públicas, tais como, honorários de profissionais especializados, a fim de auxiliar a comunicação com a imprensa, objetivando a preservação da reputação do **Segurado**. As despesas devem passar por avaliação por parte da **Seguradora**, que irá analisar a necessidade de tal custo, assim como se seus valores são justos e condizentes com o mercado.

05 – RISCOS EXCLUÍDOS

5.10 – DANOS ESTÉTICOS SUBJETIVOS

Estão excluídos os Danos Estéticos Subjetivos, ou seja, aqueles que não se enquadrem no conceito de Danos Estéticos Objetivos abaixo:

Danos Estéticos Objetivos são casos cujos resultados sejam bizarros, facilmente notados por outras pessoas, bem como os envolvendo partes pares do corpo humano, quando uma está diferente, em tamanho ou forma, em relação à outra, o suficiente para ser notada por outras pessoas.

06 – PROCEDIMENTOS E DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.4.1 – Os advogados responsáveis pela defesa podem ser escolhidos pelo **Segurado**. Porém, a **Seguradora** também irá fornecer a opção de uma rede referenciada de advogados para todas as tratativas legais cobertas pelo Seguro.

Além de uma rede referenciada para advogados, a **Seguradora** também disponibilizará uma rede referenciada de peritos médico-judiciais, quando se fizerem necessários ao **Segurado**, seguindo as mesmas regras e condições descritas à rede referenciada legal.

6.9.13 – Para abertura de sinistro, haverá a aplicação de uma franquia, a qual consiste em um montante equivalente a 10% do valor da indenização, com um mínimo de R\$ 5,000.00 (cinco mil reais).

6.9.14 – Os **Segurados** que optarem por utilizar a rede referenciada disponibilizada pela **Seguradora**, não pagarão franquia para acionar advogados e peritos, pagarão franquia apenas para os casos de indenização determinada em juízo, realização de acordos judiciais ou extrajudiciais, bem como em quaisquer outros tipos de demandas indenizatórias que impactem a **Seguradora**.

6.9.15 – Os **Segurados** que optarem por não utilizar a rede referenciada disponibilizada pela **Seguradora** deverão realizar o pagamento da franquia desde o momento do acionamento do advogado escolhido pelo Segurado com relação a qualquer abertura de sinistro ou quaisquer outros tipos de demandas indenizatórias que impactem a **Seguradora**.

07 – DEMAIS CARACTERÍSTICAS DO SEGURO

A substituir:

7.7 – Segurado

Além das definições constantes na Cláusula 2 desta **Apólice**, considera-se também como **Segurado(s)**:

7.7.1 - Estritamente, como Pessoa Jurídica:

- Os sócios, diretores e demais executivos, enquanto desempenharem suas atividades profissionais como MÉDICO em nome do Contratante deste Seguro.
- Os **Empregados do Segurado**, enquanto desempenharem suas atividades profissionais para a sociedade de médicos e desde que haja o acionamento direto do Segurado por atos(s) e/ou fato(s) declarados pelo(s) autor(es) causados pelo(s) **Empregado(s) do Segurado**.

7.8 – Programa de Descontos ao Segurado

7.8.1 - Desde que o **Segurado** siga as regras estipuladas neste documento, a **Seguradora** irá garantir descontos no prêmio base.

Para tal, o **Segurado** deve estar envolvido em até 5 ocasiões passíveis a sinistro nos últimos 5 anos, sendo estas ativas ou não no momento da contratação/renovação. Seguindo tal regra os descontos serão distribuídos de acordo com a tabela abaixo:

Nº de Ocorrências Suscetíveis a Indenizações	Desconto Aplicado ao Prêmio Base
0	50%
1	40%
2	30%
3	20%
4	10%
5	0%

09 – RENOVAÇÃO

9.3 – Ao ser realizada a renovação do **Segurado**, uma nova leitura da tabela indicada em 7.8.1 será realizada, com a atualização do prêmio do segurado de acordo com a situação atual de processos e acordo judiciais ou extrajudiciais.

10 – PAGAMENTO DE PRÊMIOS

10.6 – Caso o **Segurado**, durante a vigência do produto, receba ou passe a ser envolvido em algum tipo de processo ou demanda judicial ou extrajudicial relacionado ao Seguro, deverá receber um endosso no valor de 10% do prêmio base anual contratado a ser pago em parcela

única com vencimento no mês subsequente ao conhecimento do processo por parte da **Seguradora**.

Ao final da vigência da apólice, no caso de renovação, o novo prêmio anual deverá seguir as regras previstas no item 7.8.1.

12 – HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

12.11 – Será obrigação do **Segurado** ter uma documentação de gerenciamento de risco e proteção, aprovada pela **Seguradora**.

Caso o **Segurado** não possua uma documentação de gerenciamento de risco e proteção, ou a possua, mas seja recusada pela **Seguradora**, será disponibilizada uma versão de tal documentação pela **Seguradora**, que, também, será considerada obrigatória neste caso.

25 – GLOSSÁRIO

A substituir:

CONSELHOS DE CLASSE – são os órgãos Federais e Regionais regulamentadores da profissão de **Medicina**, estabelecidos nos termos da Lei Federal n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957.

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: é a realização de trabalhos reconhecidos como profissionais de **Medicina** junto aos seus respectivos **Conselhos de Classe**, prestados a terceiros em troca de remuneração, honorários, comissão ou forma similar de pagamento. **Para efeitos de interpretação desta Apólice, não é considerada Prestação de Serviços o uso e a conservação de imóveis e/ou produtos comercializados e/ou distribuídos pelo Segurado.**

SEGURADO: refere-se ao Contratante da Apólice: (i) Pessoa física na qualidade de **Médico**; ou (ii) Pessoa Jurídica e qualquer filial deste, no caso de prestação de serviços profissionais de medicina.

A incluir:

MÉDICO: é o profissional formado em Medicina, devidamente reconhecido pelo seu órgão de classe para a realização de atividades relacionadas à manutenção e restauração da saúde, tais como, prevenção e cura de doenças humanas.

DANOS ESTÉTICOS: é o tipo de Dano Físico, causado à pessoa física, que, embora não acarrete sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, implicam redução ou eliminação dos padrões de beleza.

DANOS ESTÉTICOS OBJETIVOS: são casos cujos resultados sejam bizarros, facilmente notados por outras pessoas, bem como os envolvendo partes pares do corpo humano, quando uma está diferente, em tamanho ou forma, em relação à outra, o suficiente para ser notada por outras pessoas.

DANOS ESTÉTICOS SUBJETIVOS: são todos e quaisquer casos que não se encaixam na definição de Danos Estéticos Objetivos.