

SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL SAÚDE (Medmal)

**Condições Gerais,
Especiais e Particulares**



Índice

1. DISPOSIÇÕES PRELIMNARES	1
2. DEFINIÇÕES	1
3. OBJETIVO DO SEGURO	10
4. COBERTURAS DO SEGURO	10
5. RISCOS EXCLUÍDOS	13
6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	17
7. FORMA DE CONTRATAÇÃO	26
8. LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG) E LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI)	26
9. LIMITE AGREGADO	27
10. PRAZO ADICIONAL	27
11. PERÍODO DE VIGÊNCIA	28
12. FRANQUIA E/OU PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS)	28
13. ACEITAÇÃO E CONTRATAÇÃO DO SEGURO	29
14. INFORMAÇÕES SOBRE RISCO E DECLARAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO CONTRATO	30
15. RENOVAÇÃO	31
16. PRÊMIO	31
17. ALTERAÇÕES DE RISCO	34
18. HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	35
19. INSPEÇÃO	37
20. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES	37
21. TRANSFERÊNCIA DE APÓLICES	38
22. TRANSFERÊNCIA DE INTERESSES GARANTIDOS	38
23. CANCELAMENTO	39
24. SUB-ROGAÇÃO	40
25. ATRIBUIÇÃO DO CORRETOR	40
26. COSSEGURO	41
27. CLÁUSULA DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS	41
28. CLÁUSULA DECLARATÓRIA	42
29. FORO	42
30. PRESCRIÇÃO	42
31. DISPOSIÇÕES FINAIS	42
CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE HONORÁRIOS RETIDOS	44
CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE CUSTOS DE DEFESA DE CALÚNIA, INJÚRIA E DIFAMAÇÃO	45
CONDIÇÃO ESPECIAL - DANOS À REPUTAÇÃO (GERENCIAMENTO DE CRISES)	46

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE PAGAMENTOS SUPLEMENTARES	47
CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA EXTENSIVA PARA A PESSOA JURÍDICA.....	48
CONDIÇÃO ESPECIAL - DANOS A DOCUMENTOS DE CLIENTES	49
CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE ATOS INTENCIONAIS DE COLABORADORES E/OU EMPREGADOS	51
CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE OMISSÃO DE SOCORRO	53
CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE INFECÇÃO HOSPITALAR	54
CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE CHEFE DE EQUIPE OU DIRETOR MÉDICO	55
CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE INFECÇÃO CONTRAÍDA NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	56
CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA PARA CHEFE DE EQUIPE OU DIRETOR ODONTOLÓGICO	57
CONDIÇÃO ESPECIAL - DANOS A EXAMES E LAUDOS DE PACIENTES.....	58
CONDIÇÃO PARTICULAR - COBERTURA PARA ASSOCIADOS	59
CONDIÇÃO PARTICULAR - COBERTURA PROFISSIONAL PARA CIRURGIÃO PLÁSTICOS	60
CONDIÇÃO PARTICULAR - EXTENSÃO DO PERÍODO DE RETROATIVIDADE PÓS PRAZO ADICIONAL DA CONGÊNERE.....	63
CONDIÇÃO PARTICULAR - COBERTURA DE RESPONSABILIDADE CIVIL CIBERNÉTICA E PROTEÇÃO DE DADOS	65
CONDIÇÃO PARTICULAR 05 - COBERTURA DE RESPONSABILIDADE CIVIL PARA CUIDADORES DOMICILIARES (NÃO CLÍNICOS)	70
CONDIÇÃO PARTICULAR - COSSEGURO.....	72
CONDIÇÃO PARTICULAR - APÓLICE DE EXCESSO	73

CONDIÇÕES GERAIS
RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL PARA A ÁREA DA SAÚDE
SEGURO À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÕES

1. DISPOSIÇÕES PRELIMNARES

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

- a) 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**.
- b) 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. **Considerando que cada Cobertura básica é destinada a uma profissão ou conjunto de profissões, o Segurado só pode contratar uma das Coberturas básicas dentre aquelas oferecidas pela Seguradora.**
- c) 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:
 - i. As **Coberturas** Adicionais cobrem riscos excluídos, implícita ou explicitamente, nas Condições Gerais e/ou Especiais;
 - ii. As Cláusulas Específicas alteram ou complementam disposições das Condições Gerais, das Condições Especiais e/ou das **Coberturas** Adicionais.

As Condições Particulares prevalecem sobre as Condições Especiais e as Condições Gerais. As Condições Especiais prevalecem sobre as Condições Gerais.

2. DEFINIÇÕES

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 contém as Condições Gerais, Especiais e as Cláusulas Particulares, além de discriminar, entre outros temas, as **Coberturas** contratadas, os riscos e interesses excluídos, as condições aplicáveis ao **Seguro** contratado e os direitos e obrigações das partes contratantes.

APÓLICE À BASE DE OCORRÊNCIA: É aquela que define como objetivo 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 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**; 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 objetivo 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 de Cobertura** contratualmente previsto; e
- b) O **Terceiro** apresente a **Reclamação** ao **Segurado**:
 - i. Durante a vigência da **Apólice**; ou
 - ii. Durante o **Prazo Adicional**, quando aplicável.

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÕES: Espécie de contrato celebrado em que cabe ao **Segurado** registrar, prontamente e de maneira formal, junto à **Seguradora** fatos ou circunstâncias potencialmente danosos cobertos pelo **Seguro**, ainda não reclamados, vinculando a **Apólice** então vigente a **Reclamações** futuras que vierem a ser apresentadas por **Terceiros** prejudicados. Ao registrar as comunicações recebidas que possam gerar **Reclamação** futura, o **Segurado** deve fornecer todos os documentos a que tiver acesso e/ou forem solicitados pela **Seguradora**, além de cumprir, no que couber, o disposto no art. 100 da Lei nº 15.040/2024. Se o **Segurado** não tiver registrado prontamente 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**. A **Apólice à Base de Reclamações com Notificações** deverá cumprir os seguintes requisitos:

- a) Os **Danos** tenham ocorrido durante o **Período de Vigência** da **Apólice** ou durante o **Período de Retroatividade de Cobertura** contratualmente previsto, e o **Terceiro** apresente a **Reclamação** ao **Segurado** durante o **Período de Vigência** ou o **Período Adicional**, se houver; ou
- b) O **Segurado** tenha apresentado **Notificação** sobre fatos ocorridos durante o **Período de Vigência** ou o **Período de Retroatividade de Cobertura** contratualmente previsto, e o **Terceiro** apresente a **Reclamação** ao **Segurado** durante o **Período de Vigência** ou nos prazos prescricionais aplicáveis.

APÓLICE DE EXCESSO: Trata-se da presente **Apólice**, a qual se transforma em **Apólice de Excesso**, caso 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 seguros, cujo **Limite Máximo de Garantia** tenha sido contratado em faixas entre a **Apólice de Primeiro Risco** e esta **Apólice de Excesso**.

ATO DANOSO e/ou FATO GERADOR: Ações ou omissões culposas decorrentes de negligência, imprudência ou imperícia do **Segurado** na **Prestação de Serviços** ou no exercício dos deveres inerentes à conduta de sua profissão, que causem **Danos** a **Terceiros**, garantidos pela **Apólice**. Tais ações ou omissões devem, necessariamente, ter ocorrido durante o **Período de Vigência** ou durante o **Período de Retroatividade de Cobertura**, quando aplicável.

ATO DO BOM SAMARITANO: Atendimento de primeiros socorros, assistência ou cuidado emergencial prestado pelo **Segurado**, de forma ocasional, fora do exercício habitual de suas atividades profissionais, em situação de

urgência ou emergência médica, quando sua presença no local ocorrer por acaso ou em resposta a um pedido de socorro.

ATO DOLOSO: Ações ou omissões voluntárias que remetam a ação intencional e consciente, violem direito e causem **Danos a Terceiros**, ainda que exclusivamente moral, ou que tenham a finalidade de obter uma vantagem indevida. **O Ato Doloso, assim como o ato praticado com Culpa Grave, são riscos excluídos de qualquer contrato de seguro nos termos da legislação em vigor.**

AVISO DE SINISTRO: Comunicação formal efetuada pelo Segurado ou Beneficiário, por meio dos canais oficiais disponibilizados pela Seguradora, para informar a ocorrência de uma Reclamação efetuada durante o Período de Vigência ou do Prazo Adicional. Deve ser acompanhada de todos os documentos e informações exigidos para a análise técnica da cobertura e apuração do direito à indenização.

CHEFE DE EQUIPE: Pessoa física que lidera equipe de profissionais da área médica ou odontológica, acompanha atendimentos, elabora relatórios gerenciais, dá suporte à equipe e aos pacientes e orienta a equipe no exercício das atividades decorrentes da medicina ou da odontologia.

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 desta **Apólice**, os prepostos, estagiários, trainees, bolsistas e terceirizados.

CONSELHOS DE CLASSE: São os órgãos Federais e Regionais regulamentadores de profissões da área da saúde, estabelecidos em legislação específica.

- i. **Medicina:** Estabelecidos nos termos da Lei Federal nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.
- ii. **Odontologia:** Estabelecidos nos termos da Lei Federal nº 4.324, de 14 de abril de 1964.
- iii. **Medicina veterinária:** Estabelecidos nos termos da Lei Federal nº 5.517, de 23 de outubro de 1968.
- iv. **Laboratório de Análises Clínicas e demais profissionais da Saúde:** Estabelecidos nos termos da Lei Federal nº 3.820, de 11 de novembro de 1960.
- v. **Demais categorias profissionais:** Conforme termos estabelecidos por seus conselhos, quando aplicável.

Para fins desse seguro, aplicam-se também outras Leis e Regulamentações que possam complementar ou substituir as mencionadas anteriormente.

CONTRATANTE: A pessoa (física ou jurídica) que celebra o contrato de seguro com a Seguradora, é responsável pelo pagamento do prêmio e tem poderes de contratar e administrar a apólice. Nem sempre é o mesmo que o segurado (quem tem interesse protegido) ou o beneficiário (quem recebe a indenização).

CORRETOR DE SEGUROS: Pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e registrada na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP e legalmente autorizada a intermediar a realização de contratos de Seguro, podendo representar os interesses do(s) Segurado(s) perante a Seguradora, na forma da lei.

COTAÇÃO: Solicitações de informações acerca de coberturas e os preços praticados pela Seguradora. Não se confunde com a Proposta de seguro, não criando qualquer obrigação perante a Seguradora, mesmo que não haja um retorno formal referente à não aceitação do risco.

CULPA: Conduta voluntária, não dolosa, caracterizada por imprudência, negligência ou imperícia, que resulta em dano a outrem ou contribui para sua ocorrência, sem a intenção de produzi-lo, em desacordo com o dever de cuidado exigido nas circunstâncias.

CULPA GRAVE: Resultante de negligência, imperícia ou imprudência grosseiras. Trata-se de ação ou omissão que, por suas características, equipara-se ao **Dolo**, sendo motivo para a perda de direitos por parte do **Segurado**.

CUSTOS DE DEFESA: São os honorários advocatícios, emolumentos, honorários periciais, custas judiciais ou arbitrais e despesas necessárias, decorrentes exclusivamente de defesas relacionadas a qualquer **Reclamação** coberta por esta **Apólice**. Os **Custos de Defesa**, se cobertos, obedecerão a um limite específico e diverso daquele destinado à indenização dos **Danos**. Os Custos de Defesa integram o Limite Máximo de Garantia.

DANO: Prejuízo ou ônus financeiro sofrido por um **Terceiro**, desde que diretamente relacionado a um **Ato Danoso** praticado pelo **Segurado**, no contexto da **Prestação de Serviços** coberta por esta **Apólice**. Esta definição não abrange **Dano Corporal**, **Dano Estético**, **Dano Material** e **Dano Moral**.

DANO CORPORAL: Ofensa causada à normalidade funcional do corpo humano, dos pontos de vista anatômico, fisiológico e/ou mental, incluídas as doenças, a invalidez, total ou parcial, temporária ou permanente, e a morte. **Não estão abrangidos por esta definição os Danos Morais, os Danos Estéticos e os Danos Materiais. Para fins de Cobertura, será considerado como Dano Corporal aquele diretamente relacionado a Ato Danoso praticado pelo Segurado no contexto da Prestação de Serviços coberta por esta Apólice.**

DANO ESTÉTICO: Dano causado à pessoa física que acarreta em redução ou eliminação permanente do padrão de beleza anterior ao **Ato Danoso**, mas sem a ocorrência de sequelas que interfiram na funcionalidade do organismo ou na saúde física do indivíduo. **Para fins de Cobertura, será considerado como Dano Estético aquele diretamente relacionado ao Ato Danoso praticado pelo Segurado no contexto da Prestação de Serviços coberta por esta Apólice.**

DANO MATERIAL: Dano físico à propriedade tangível, inclusive todas as **Perdas** e/ou ônus materiais relacionados com o uso dessa propriedade. **Para fins de Cobertura, será considerado como Dano Material aquele diretamente relacionado ao Ato Danoso praticado pelo Segurado no contexto da Prestação de Serviços coberta por esta Apólice. Esta definição não abrange Dano Moral, Dano Corporal e Dano Estético.**

DANO MORAL: Lesão praticada por outrem à psique ou à dignidade da pessoa ou, mais, amplamente, aos direitos da personalidade, que causa 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 ao Ato Danoso praticado pelo Segurado no contexto da Prestação de Serviços coberta por esta Apólice.**

DANOS AMBIENTAIS: As alterações adversas das características do meio ambiente, incluindo, mas não se limitando a lesão, degradação, destruição, perda ou perda de uso do meio ambiente e/ou dos recursos ambientais, abrangendo a atmosfera, as águas interiores, superficiais e subterrâneas, lençóis freáticos, os estuários, o mar territorial, o solo, subsolo e quaisquer outros elementos da biosfera, fauna e flora.

DATA DE RETROATIVIDADE 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 **Apólice** ou **Especificação do Seguro**.

DENTISTA E/OU ODONTOLOGISTA: Profissional formado em odontologia e devidamente reconhecido pelo seu órgão de classe, nos casos de prestação de serviços profissionais relacionados à saúde bucal.

DESPESAS DE CONTRATAÇÃO: São despesas e custos efetivamente incorridos pela Seguradora durante o processo de formação e administração do contrato de seguro, tais como, mas não limitados a: custos operacionais e administrativos; despesas com análise de risco e subscrição; emissão de apólice; comissões e remunerações pagas aos Intermediários; despesas com comunicação e atendimento ao cliente; despesas com os serviços de regulação e liquidação do sinistro.

DESPESAS EMERGENCIAIS, DE CONTENÇÃO OU DE SALVAMENTO: Gastos realizados pelo Segurado, ou por quem de direito, para interromper, controlar ou atenuar a propagação dos efeitos de um sinistro, visando a limitar a extensão dos danos cobertos e preservar a integridade do bem segurado. Compreendem, entre outras, as medidas emergenciais adotadas para impedir o agravamento do prejuízo. Estão excluídas de tal definição as despesas que envolvam medidas tecnicamente inadequadas ou outras medidas que podem ser substituídas por outras com menor impacto, inclusive financeiro.

DIRETOR CLÍNICO: Pessoa física representante e coordenadora do corpo clínico médico ou odontológico de uma instituição de saúde. É o principal responsável pela instituição e deve ser eleito por meio de um corpo clínico ou direção técnica.

DOLO: Ação ou omissão deliberada, com a finalidade de obter uma vantagem indevida ou causar dano a outrem.

ENDOSSO: É o documento por meio do qual se formaliza qualquer eventual alteração na **Apólice**, negociada entre o **Contratante** e a **Seguradora**.

ESPECIFICAÇÃO: Documento que faz parte integrante da **Apólice**, no qual estão particularizadas as características do seguro contratado, incluindo coberturas e restrições às protocoladas junto à SUSEP, com a anuência do Segurado.

FRANQUIA: Importância definida na **Especificação**, que representa a participação do **Segurado** nos prejuízos consequentes de cada **Reclamação** coberta por esta **Apólice**.

INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA: É o pagamento realizado pela **Seguradora**, em decorrência de **Reclamação** coberta pela **Apólice**.

INSPEÇÃO: 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.

INTERESSE LEGÍTIMO: Vínculo econômico, patrimonial, jurídico ou afetivo que justifique a contratação do Seguro. A ausência ou impossibilidade de existência de interesse legítimo torna o contrato ineficaz ou nulo.

LABORATÓRIO: Pessoa jurídica devidamente reconhecida pelo seu **Conselho de Classe** para a realização de atividades relacionadas a análises clínicas, tais como coleta e processamento de amostras de materiais.

LIMITE AGREGADO: Valor total máximo indenizável por **Cobertura** no contrato de seguro, considerada a soma de todas as **Indenizações Securitárias** e demais gastos ou despesas relacionadas 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 **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**.

LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG): Limite máximo de responsabilidade da **Seguradora** aplicado ao conjunto das **Coberturas** do contrato de seguro.

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO POR COBERTURA CONTRATADA (LMI): Limite máximo de responsabilidade da **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 Securitária** paga. Na hipótese de ocorrência de **Sinistros** que envolvam **Coberturas** distintas, a responsabilidade da **Seguradora** se limitará ao **Limite Máximo de Garantia** estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO: Procedimento que busca quantificar em dinheiro os valores devidos pela **Seguradora** a título de **Indenização Securitária** até a sua efetiva quitação.

MÉDICO: 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.

NOTIFICAÇÃO: É o ato por meio do qual o **Segurado** comunica prontamente à **Seguradora**, por escrito, durante o **Período de Vigência** da **Apólice**, fatos ou circunstâncias potencialmente danosos, ocorridos entre a **Data de Retroatividade de Cobertura**, se houver sido pactuada, e o término de vigência da **Apólice**. Ao realizar a **Notificação**, o **Segurado** deve fornecer os documentos e outros elementos a que tiver acesso, além de outros solicitados pela **Seguradora**.

PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS): É o valor ou percentual definido na **Apólice** referente à responsabilidade do **Segurado** nos prejuízos indenizáveis decorrentes de **Sinistros** cobertos.

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-mails, registros em sites do **Segurado**, Procon ou sites especializados de comunicação de reclamações.

PERDA: São os prejuízos cobertos, decorrentes de **Reclamação** contra o **Segurado**:

- i. As condenações pecuniárias imputadas ao **Segurado** em sentença judicial transitada em julgado ou decisão arbitral ou administrativa final, acrescidas de correção monetária e juros de mora, em decorrência da prática de **Ato Danoso** pelo **Segurado**;
- ii. A importância resultante de acordo judicial ou extrajudicial, incluindo, mas não se limitando a Termos de Ajustamento de Conduta e Termos de Compromisso, desde que com a anuência prévia e por escrito da **Seguradora**;
- iii. **Custos de Defesa**.

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

PERÍODO DE VIGÊNCIA: É o período identificado na **Especificação** durante o qual a **Apólice** estará em vigor.

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 dos referidos documentos, exames ou laudos**.

POLUENTES: Qualquer substância irritante, tóxica, insalubre ou contaminante, de consistência sólida, líquida, gasosa, biológica, radiológica ou térmica, incluindo, porém sem se limitar a asbestos, chumbo, fumaça, vapor, fuligem, fumo, germes, ácidos, alcalinos, produtos ou resíduos químicos e lixo. Tais resíduos incluem, porém, não se limitam a material a ser reciclado, recondicionado ou restituído e materiais nucleares.

PRAZO ADICIONAL: É o período determinado na **Especificação** para a apresentação de **Reclamação de Terceiros** ao **Segurado**, concedido pela **Seguradora**, a partir do cancelamento da Apólice, ou do término do seu **Período de Vigência** ou, ainda, do término de vigência de uma **Cobertura** específica não renovada, 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 de Cobertura** 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 Securitárias** por **Perda** indenizável terem exaurido o **Limite Máximo de Garantia**.

PREJUÍZO FINANCEIRO: Perda financeira e lucros cessantes sofridos por **Terceiros** em decorrência de um **Ato Danoso** do **Segurado**. **Não são considerados prejuízos financeiros: impostos, contribuições previdenciárias, benefícios trabalhistas, multas ou penalidades devidas por lei, danos punitivos e exemplares e despesas decorrentes de poluição e contaminação.**

PRÊMIO: É o valor pago pelo **Segurado** à **Seguradora** para que esta assuma a garantia de determinados riscos, desde que observado o conteúdo integral da **Apólice**.

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

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Realização de trabalhos profissionais especializados na área da medicina, odontologia e demais áreas da saúde, prestados pelo **Segurado** a **Terceiros**, em troca de remuneração, honorários, comissão ou forma similar de pagamento. **Nos casos de atividades regulamentadas, tais serviços e/ou procedimentos devem ser reconhecidos e autorizados junto ao respectivo Conselho de Classe do profissional que está exercendo.**

Para fins de **Cobertura** da **Apólice**, será considerada como **Prestação de Serviço** do **Segurado** exclusivamente aquelas diretamente relacionadas às atividades identificadas na **Apólice** e/ou **Especificação** do seguro. **Não é considerada Prestação de Serviços, em nenhuma hipótese, a mão de obra que tenha como finalidade o uso, existência e a conservação de imóveis e/ou produtos fabricados e/ou comercializados e/ou distribuídos e/ou utilizados pelo Segurado.**

PRIMEIRO RISCO ABSOLUTO: Tipo de contratação através da qual a **Seguradora** responde integralmente pelas **Perdas** indenizáveis, até o montante dos **Limites Máximos de Indenização** de cada **Cobertura**, respeitado o **Limite Máximo de Garantia** da **Apólice** e a **Franquia/POS**, não se aplicando, em qualquer hipótese, rateio.

PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS: Refere-se a intervenções realizadas com o objetivo de melhorar a aparência física de uma pessoa. Esses procedimentos podem variar desde técnicas não invasivas, como tratamentos faciais e corporais, até cirurgias plásticas mais complexas. Além de melhorar a estética, esses procedimentos também podem ter finalidades médicas, como a reconstrução de partes do corpo após acidentes ou cirurgias.

PROFISSIONAIS DA SAÚDE: Além dos médicos e dentistas, os Profissionais da Saúde são indivíduos qualificados na promoção, manutenção e recuperação da saúde da população, incluindo, mas não se limitando a enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, *personal trainers* e outros. **Nos casos de**

atividades regulamentadas, tais serviços e/ou procedimentos devem ser reconhecidos e autorizados junto ao respectivo Conselho de Classe do profissional que está exercendo.

PROPONENTE: Pessoa física que deseja contratar o Seguro para si ou em nome de terceiro sobre o qual detenha interesse legítimo, nos termos da lei.

PROPOSTA: Para este **Seguro**, trata-se da **Proposta** formulada pelo **Segurado** ou por seu representante legal. É o documento no qual o **Segurado** e/ou seu **Corretor de Seguros** formaliza o interesse do **Segurado** na contratação da **Apólice**, ocasião em que se obriga a fornecer as informações necessárias à aceitação da **Proposta** e à fixação da taxa para cálculo do valor do **Prêmio**.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO: Documento que faz parte integrante da Proposta, elaborado pela Seguradora com informações necessárias à aceitação do seguro e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, por meio do qual o Proponente deve prestar informações claras, completas e verdadeiras sobre o interesse e o risco a serem garantidos, sob pena de perda da garantia, nos termos da lei.

RECLAMAÇÃO: Refere-se às situações a seguir, apresentadas por **Terceiro**, quando prejudicado por **Ato Danoso** relacionado diretamente à **Prestação de Serviço** do **Segurado** durante o seu exercício profissional:

- i. Qualquer notificação por escrito;
- ii. Processo judicial ou extrajudicial;
- iii. Procedimento de arbitragem;
- iv. Autuação ou intimação;
- v. Processo administrativo disciplinar, éticos e regulatórios.

Para fins de **Cobertura**, a **Reclamação** deve ser apresentada durante o **Período de Vigência** da **Apólice** ou durante o **Prazo Adicional**, quando aplicável, ou, ainda, no prazo prescricional aplicável nos casos em que houver sido apresentada **Notificação**.

As investigações ou pedidos de esclarecimentos não estão contemplados na definição de **Reclamação**.

REGULAÇÃO DE SINISTRO: Trata-se do processo por meio do qual a **Seguradora** analisa as circunstâncias e a documentação dos **Sinistros** e das **Reclamações** avisadas pelo **Segurado**, para concluir pelo enquadramento, ou não, nos riscos cobertos pela **Apólice**.

RMS (Registro do Ministério da Saúde): Autorização temporária e específica concedida pelo Ministério da Saúde que permite ao médico intercambista, brasileiro ou estrangeiro com diploma obtido no exterior, exercer a medicina de forma restrita às atividades vinculadas ao Programa Mais Médicos, nos termos da Lei nº 12.871/2013, ou qualquer outra que venha a complementá-la ou substituí-la, e demais regulamentações aplicáveis.

SEGURADO: Refere-se ao **Contratante** da **Apólice**:

- i. Pessoa física identificada na **Apólice**, na qualidade de profissional habilitado na área da saúde, incluindo, mas não se limitando a médicos, dentistas, enfermeiros, biomédicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, professores de educação física, terapeutas e veterinários, para a realização de serviços especializados; ou

Também é considerado **Segurado**, para os fins desta **Apólice**, o cônjuge ou companheiro(a), herdeiro(s), representantes legais e espólio, caso o **Segurado** venha a falecer ou tornar-se civilmente incapaz.

- ii. Pessoa jurídica identificada na **Apólice**, incluindo filiais, **Subsidiárias**, **Controladas**, **Sócios**, **Diretores**,

demais Executivos, Empregados e Prestadores de Serviços, esses enquanto desempenharem suas atividades profissionais para o **Segurado**.

No que se refere aos Sócios, Diretores e demais Executivos, eles estarão amparados na qualidade de pessoa física, mesmo que o Segurado não tenha sido acionado judicialmente, desde que estejam prestando serviço em nome do Segurado, nas atividades contratadas na Apólice.

No que se refere aos Empregados e Prestadores de Serviços, é preciso que haja o acionamento judicial em face do Segurado, em razão dos atos e/ou fatos declarados pelos Terceiros terem sido causados por esses sujeitos, não estando amparadas eventuais condenações imputadas diretamente aos Empregados e Prestadores de Serviços

Caso o Segurado seja uma associação, nos termos do art. 53 do Código Civil, seus associados não serão considerados Segurados, a não ser que seja contratada a Cláusula Particular específica para associados, com a indicação de cada um dos profissionais associados.

SEGURADORA: Empresa autorizada pela **SUSEP** a funcionar no Brasil como tal e que, recebendo o **Prêmio**, assume o risco e garante o pagamento da **Indenização Securitária**, em caso de ocorrência de **Sinistro** amparado pelo contrato de **Seguro**.

SEGURO: Contrato pelo qual a **Seguradora** se obriga, mediante recebimento de **Prêmio**, a garantir interesse legítimo do **Segurado** contra riscos predeterminados. O contrato de **Seguro** prova-se por todos os meios admitidos em direito, vedada a prova exclusivamente testemunhal.

SINISTRO: Perdas reclamadas ou notificadas na vigência da apólice decorrentes de evento danoso acidental e imprevisto, cuja responsabilidade possa ser atribuída ao Segurado e cuja consequência imediata importe em prejuízos a Terceiros, perdas estas para as quais se pretende a cobertura da Apólice.

SUBSIDIÁRIA E/OU CONTROLADA: São as pessoas jurídicas em que o **Segurado**, antes ou no início do **Período de Vigência da Apólice**, direta ou indiretamente, (i) tenha percentual superior a 50% (cinquenta por cento) do capital total e o correspondente direito a voto; e/ou (ii) possa eleger e nomear a maior parte dos membros do Conselho de Administração e/ou Diretoria. Uma **Subsidiária** ou **Controlada** será considerada **Segurada**, para os fins previstos na **Apólice**, desde que expressamente incluídas na **Apólice** ou **Especificação do Seguro**. Aquelas que não forem indicadas na **Especificação** não serão consideradas para efeitos deste **Seguro**.

SUCUMBÊNCIA: Ônus pago pela parte perdedora num processo judicial, referente aos custos do processo da parte ganhadora.

SUSEP: Tem por significado Superintendência de Seguros Privados. É uma Autarquia que controla e fiscaliza o mercado de **Seguros**, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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, os prepostos do Segurado e as pessoas 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**.

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**.

VETERINÁRIO: Profissional formado em Medicina Veterinária, 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 animais.

VISTORIA DE SINISTRO: Refere-se à visita da **Seguradora** ao local da ocorrência do **Sinistro**, a fim de apurar o montante dos prejuízos sofridos pelo **Terceiro**.

3. OBJETIVO DO SEGURO

3.1. O presente **Seguro** tem por objetivo garantir o pagamento de **Indenização Securitária**, em razão de **Perda** resultante de **Reclamação** coberta pela **Apólice**, em decorrência de falha na **Prestação de Serviços**, pelos quais o **Segurado** vier a ser obrigado a pagar por:

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

3.2. A validade e os efeitos desta **Cobertura** estão limitados a **Reclamações** realizadas contra o **Segurado** durante o **Período de Vigência** da **Apólice**, ou, quando aplicável, durante o **Prazo Adicional**, e os **Atos Danosos** deverão ter ocorrido entre a data inicial do **Período de Retroatividade de Cobertura** e a data final da vigência da **Apólice**.

3.2.1. Para os fins deste seguro, considera-se caracterizado o **Sinistro** exclusivamente quando houver a materialização, durante a vigência da apólice, dos efeitos diretos de um evento não sujeito à exclusão, devidamente previsto nas Condições Contratuais, que cause prejuízos efetivos aos bens segurados, em conformidade com as coberturas contratadas.

3.2.2. Eventuais efeitos, danos ou prejuízos não decorrentes de risco expressamente coberto ou não ocorridos no período de vigência contratual não caracterizarão **Sinistro** para fins de indenização securitária.

3.2.3. A **Seguradora** não responde pelos efeitos manifestados durante a vigência do contrato quando decorrentes de **Sinistro** anterior à contratação de **Apólice** nesta **Seguradora**, ou de conhecimento prévio, mesmo que compreendido na retroatividade.

4. COBERTURAS DO SEGURO

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

4.1.1. PEDIDO DE RESSARCIMENTO DE TERCEIROS E MEDIAÇÃO

- a) **Pedido de Ressarcimento:**

O **Pedido de Ressarcimento** de **Terceiros** relacionados à **Prejuízos Financeiros**, decorrentes de **Dano Corporal e/ou Dano Material e/ou Dano Moral e/ou Dano Estético**, sofridos em razão de alegados **Atos Danosos** praticados pelo **Segurado** durante a **Prestação de Serviços**.

Caracterizado o **Sinistro** e estando a **Seguradora** de acordo com o valor do pleito, observados os demais termos da **Apólice**, o ressarcimento do **Dano** será feito por meio de acordo entre as partes.

b) Mediação:

Caso o valor do pleito do **Pedido de Ressarcimento** não seja acatado pela **Seguradora**, a controvérsia poderá ser alternativamente resolvida por mediação. Caso as partes concordem, e mediante prévia anuência da **Seguradora**, além do ressarcimento ao **Terceiro**, a **Apólice** poderá cobrir os custos da contratação do mediador e os demais custos relacionados ao processo de mediação.

4.1.2. CUSTOS DE DEFESA EM PROCESSOS CÍVEIS, CRIMINAIS, ADMINISTRATIVOS E ARBITRAIS

Para fins desta Cobertura, Custos de Defesa significam os honorários advocatícios, emolumentos, honorários periciais, custas judiciais ou arbitrais e despesas necessárias, decorrentes exclusivamente de defesas relacionadas a qualquer Reclamação coberta por esta Apólice. Os Custos de Defesa terão seu Limite Máximo de Indenização específico e diverso dos demais LMI's destinados à Indenização Securitária, bem como seu Limite Agregado, nos termos previstos na Apólice ou Especificação do Seguro.

a) Custos 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) e/ou Dano(s) Corporal(is) e/ou Dano(s) Estético(s) e/ou Dano(s) Moral(is)**, sofridos em decorrência de **Ato Danoso** praticado pelo **Segurado** em razão da **Prestação de Serviços**, a **Seguradora**, observadas as condições da **Apólice**, pagará as **Custos de Defesa do Segurado**.

b) Custos de Defesa em inquéritos ou ações criminais

Se o **Segurado** for indiciado ou figurar como réu em processo ou inquérito criminal em decorrência, com base ou fundamento em **Atos Danosos** praticados por ele durante a **Prestação de Serviços** por ele realizada, a **Seguradora**, observadas as condições da **Apólice**, pagará as **Custos de Defesa do Segurado**.

c) Custos de Defesa para processos em esfera administrativa:

Se o **Segurado** for alvo de processo administrativo disciplinar, ético ou regulatório, 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 as **Custos de Defesa do Segurado** na esfera administrativa.

d) Custos de Defesa em processos arbitrais

Se o **Segurado** for alvo de processo 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 de **Ato Danoso** praticado pelo **Segurado** durante a **Prestação de Serviços**, a **Seguradora**, observadas as condições da **Apólice**, pagará os **Custos de Defesa do Segurado**.

Caso o **Segurado** seja condenado, ao final, em qualquer esfera, por **Ato Doloso**, a **Seguradora** deverá ser reembolsada dos valores pagos a título de **Despesas de Defesa**, devidamente atualizados pelo índice previsto nesta **Apólice**, desde a data do desembolso.

4.1.3. INDENIZAÇÕES E ACORDOS

a) Acordo judicial ou extrajudicial

Caso seja possível celebrar um acordo judicial ou extrajudicial para encerrar o litígio com o **Terceiro** e, desde que haja prévia anuência da **Seguradora**, o valor do acordo será coberto por este **Seguro**, na forma prevista na

Cláusula 6.5. Não sendo acatado pelo **Terceiro** o acordo oferecido, deverão ser consideradas as **Coberturas e demais condições** desta **Apólice**.

b) Indenização por condenação judicial, administrativa ou arbitral

Caso o **Segurado** seja condenado, por decisão judicial transitada em julgado ou decisão final administrativa ou arbitral, ou seja, não havendo a possibilidade de se recorrer da decisão, as **Indenizações Securitárias** a título de **Prejuízo Financeiro, Dano Material, Dano Corporal, Dano Moral e/ou Dano Estético**, serão integralmente pagas até o **Limite Máximo de Indenização** contratado, de acordo com os termos de **Cobertura da Apólice** e na forma da Cláusula 6.4.

4.1.4. DESPESAS EMERGENCIAIS, DE CONTENÇÃO OU DE SALVAMENTO

4.1.4.1. A **Seguradora** reembolsará as despesas comprovadamente incorridas pelo **Segurado** ou por **Terceiros**, com medidas tecnicamente adequadas necessárias, urgentes e imediatas **Despesas Emergenciais, de Contenção ou de Salvamento**, que tenham o objetivo de evitar o **Sinistro** iminente ou atenuar os efeitos de um **Sinistro** coberto.

4.1.4.1.1. Na ausência de comprovantes das despesas, o reembolso dependerá de confirmação por vistoria e/ou perícia técnica efetuada pela **Seguradora**.

4.1.4.2. A obrigação de indenizar tal despesa subsistirá mesmo que as medidas emergenciais, de contenção ou salvamento adotadas, desde que adequadas e proporcionais, se mostrem ineficazes para evitar ou atenuar o **Sinistro**.

Serão reembolsáveis os valores comprovadamente despendidos, limitados a **10% do Limite Máximo de Garantia da Apólice, limitado a R\$ 100.000,00 (cem mil reais)**.

4.1.4.3. Os reembolsos de **Despesas Emergenciais, de Contenção e de Salvamento** somam-se a todos os reembolsos anteriormente realizados no âmbito dessa apólice para fins de cálculo e utilização do limite máximo para reembolsos estabelecido na **Apólice**. Assim, a realização de um reembolso resulta na manutenção, como novo limite para reembolsos, do saldo do limite não utilizado.

4.1.4.4. A **Seguradora** não estará obrigada a custear:

a) Despesas de contenção ou salvamento relativas à prevenção ordinária, incluindo qualquer tipo de manutenção, as quais são de responsabilidade exclusiva do **Segurado**; e

b) Despesas com medidas notoriamente inadequadas ou desproporcionais ao risco, considerando a garantia contratada para o tipo de **Sinistro** iminente ou verificado.

4.1.4.5. A **Seguradora** somente suportará despesas incorridas pelo **Segurado**, ou por **Terceiros**, que venham a exceder o limite disposto para **Despesas Emergenciais, de Contenção e de Salvamento** especificado na **Apólice** quando essas despesas se referirem diretamente a medidas expressamente recomendadas ao **Segurado** pela **Seguradora** e comprovadamente cumpridas pelo **Segurado** ou **Terceiro**.

4.1.4.6. Considera-se medidas expressamente recomendadas pela **Seguradora** aquelas que tenham sido direta e expressamente informadas ao **Segurado** sob tal título pela **Seguradora**, não se reconhecendo como medidas recomendadas qualquer informação, notícia ou mesmo sugestão de possibilidades genéricas.

4.1.4.7. Fica expressamente excluída da cobertura desta **Apólice** qualquer despesa, custo ou investimento relacionado a medidas de prevenção ordinária, compreendendo, entre outros, serviços de manutenção preventiva, conservação, revisão, substituição de peças por desgaste natural ou quaisquer intervenções destinadas à manutenção rotineira do bem segurado.

4.1.4.8. Não estão cobertos, sob qualquer circunstância, despesas relacionadas a medidas emergenciais, de contenção e de salvamento que sejam notoriamente inadequadas.

4.1.4.8.1. Consideram-se notoriamente inadequadas as despesas relativas às medidas emergenciais, de contenção ou de salvamento que:

- i. Não sejam tecnicamente reconhecidas pela comunidade técnico-científica como apropriadas e eficazes para evitar a ocorrência do sinistro ou reduzir a severidade dos seus danos; e
- ii. Medidas emergenciais, de contenção ou de salvamento que, ainda que tecnicamente adequadas para evitar o sinistro ou reduzir a severidade dos danos, possam ser substituídas por outras igualmente eficazes e tecnicamente apropriadas, porém de custo inferior.
- iii. Quaisquer Custos ou Despesas emergenciais, de contenção ou salvamento que sejam despendidos pelo próprio Segurado, quando tais custos forem decorrentes ou estiverem relacionados a atividades desempenhadas por ele mesmo.

4.1.4.9. Esgotado o limite para reembolsos com **Despesas Emergenciais, de Contenção e de Salvamento** especificado na **Apólice**, os valores que o excederem não poderão ser deduzidos das garantias securitárias da **Apólice**.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Salvo menção em contrário na Apólice, Especificação ou Certificado do Seguro, esta Seguradora não será responsável por qualquer pagamento de Reclamações relacionadas e/ou decorrentes e/ou resultantes e/ou em consequência de e/ou baseadas e/ou atribuíveis, direta ou indiretamente, aos riscos descritos a seguir:

5.1. ATOS DOLOSOS

Atos Dolosos, atos ilícitos eivados de dissimulação ou má-fé e atos que se caracterizem como crime ou contravenção penal praticados pelo Segurado, sócios controladores, conselheiros, diretores, dirigentes, administradores legais, beneficiários, empregados e respectivos representantes legais, nos termos da lei aplicável, tais como o exercício da profissão sem preencher as condições previstas por lei e normas aplicáveis. Incluem-se atos discriminatórios, preconceituosos, racistas ou de assédio.

A presente exclusão somente aplicar-se-á nas seguintes hipóteses: (i) confissão do Segurado, atestando sua conduta dolosa, ou (ii) decisão judicial transitada em julgado ou decisão final proferida por tribunal ou câmara arbitral ou em processo administrativo em que reste declarada a prática do Ato Doloso.

Fica resguardado à Seguradora o direito de ressarcimento por qualquer Indenização Securitária paga indevidamente, bem como por qualquer Despesa de Defesa por ela adiantada ao Segurado, caso fique comprovada a existência das situações descritas anteriormente.

5.2. MULTAS E PENALIDADES

Multas e/ou penalidades de natureza não indenizatórias aplicadas ao Segurado. Ficam ressalvadas, no entanto, as multas aplicadas a Terceiro(s) em decorrência de Prestação de Serviços do Segurado, as quais poderão estar cobertas pela Apólice, desde que não sejam decorrentes de atos que caracterizem ilícito criminal, que não estarão cobertas em qualquer hipótese.

5.3. GARANTIAS, CONVENÇÕES E EXPECTATIVAS PARTICULARES

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, incluindo nas 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, odontológicos ou outras áreas da saúde.

Ficam excluídas, também, quaisquer reclamações relacionadas à expectativa não atingida por parte de Terceiros, que não tenha gerado, comprovadamente, Danos Materiais, Morais, Corporais e/ou Estéticos.

5.4. ATOS ANTERIORES À DATA DE RETROATIVIDADE DE COBERTURA

Ato Danoso que tenha ocorrido:

- a) Em período anterior à Data de Retroatividade de Cobertura, seja ele conhecido ou não pelo Segurado; ou
- b) Durante o Período de Retroatividade de Cobertura, mas que eram do conhecimento do Segurado antes da data inicial do Período de Vigência da Apólice.

5.5. RECLAMAÇÕES NÃO RELACIONADAS À PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DO SEGURADO

- a) Prestação de Serviços exercida pelo Segurado e indicada na Apólice, Especificação ou Certificado do seguro, inclusive as de natureza concorrencial, tributária, trabalhista e previdenciária, ou que não sejam conexas ou diretamente acessórias à Prestação de Serviços realizada pelo Segurado;
- b) Infração de direitos autorais, títulos, slogans, patentes, marcas registradas de qualquer espécie, segredos comerciais ou industriais;
- c) 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 limitando a “cheques caução” e outros meios de pagamento;
- d) Prestação de qualquer outro tipo de serviço profissional, que não seja aquele especificado no presente contrato de Seguro, e, ainda, o exercício de atividades que excedam a descrição fornecida e informada ao tempo da subscrição do risco ou contratação eletrônica disponível e não informada, inclusive de especialidade profissional que não tenha sido comunicada a esta Seguradora por meio do Questionário ou para a qual o profissional não esteja devidamente habilitado pelos conselhos competentes, incluindo, mas não se limitando a realização de procedimentos estéticos;
- e) Prestação de Serviços em local não indicado no presente contrato de Seguro ou que não tenha sido relacionado no Questionário ao tempo da subscrição do risco, exceto quando a estrutura para a realização dos procedimentos exigir estrutura hospitalar não fixa ou tratar-se de Prestação de Serviço *homecare* ou transporte de pacientes;
- f) Eventos de força maior, incluindo, mas não se limitando à, falta ou falha de energia, qualquer falha de sistema, infraestrutura ou rede, sobre os quais o Segurado não tenha o controle direto.

5.6. USO DE MEDICAMENTOS OU SUBSTÂNCIAS PROIBIDAS PELA ANVISA OU POR DETERMINAÇÃO DE QUALQUER OUTRO ÓRGÃO COMPETENTE

Serviços realizados pelo Segurado com o uso de medicamentos e/ou substâncias proibidas pela ANVISA por meio de portarias expedidas por este órgão, vigentes à época da Prestação do Serviço, ou outras substâncias formalmente proibidas por qualquer outro órgão competente.

5.7. AUSÊNCIA DE LICENÇA OU LICENÇA SUSPensa, CASSADA OU CANCELADA

Atos Danosos praticados pelo Segurado no exercício de atividade profissional que dependa de licença válida e ativa, quando este não possuir a referida licença, ou ela estiver revogada, expirada, suspensão, cassada ou cancelada, ou não tiver sido renovada junto aos Conselhos de Classe responsáveis por este controle, na época da ocorrência do Ato Danoso que ensejou a Reclamação. Para fins desta Apólice, consideram-se licenças os registros realizados pelo Segurado perante os Conselhos de Classe de medicina, odontologia e outros órgãos ligados à área da saúde, incluindo a especialização através de RQE, quando o procedimento exigir.

5.8. PRÁTICAS NÃO RECONHECIDAS PELA ÁREA DA SAÚDE OU REALIZADAS EM CARÁTER EXPERIMENTAL, EM DESACORDO COM AS NORMAS DO CONSELHO DE CLASSE OU POR DETERMINAÇÃO DE QUALQUER OUTRO ÓRGÃO COMPETENTE

Práticas não reconhecidas pela medicina, pela odontologia ou por qualquer outra área da saúde, e/ou em caráter experimental, bem como procedimentos efetuados em desacordo com as determinações do respectivo Conselho de Classe ou por determinação de qualquer outro órgão competente.

5.9. FALÊNCIA E INSOLVÊNCIA

Falência ou insolvência do Segurado ou de seus fornecedores e/ou subcontratados.

5.10. DANOS AMBIENTAIS

Danos Ambientais, incluindo, mas não se limitando àqueles resultantes da/de, produção, transporte, despejo, dispersão, vazamento, tratamento ou armazenamento de Poluentes, que resultem em degradação da qualidade ambiental, alterando negativamente as características do meio ambiente ou dos recursos naturais, incluindo lençóis freáticos e águas superficiais, solo e quaisquer outros elementos integrantes da biosfera, fauna e flora.

5.11. EXTRAVIO, PERDA, FURTO OU ROUBO

Extravio, perda, furto ou roubo de bens, veículos, dinheiro e valores, que estejam em poder do Segurado para guarda e custódia. Consideram-se valores para efeito deste Seguro: metais preciosos, pedras preciosas e semipreciosas, pérolas, joias, cheques, títulos de crédito de qualquer espécie, selos, apólices e quaisquer outros instrumentos ou contratos, negociáveis ou não, que representem dinheiro, incluindo equipamentos e dispositivos eletrônicos que armazenem valores, bem como cartões de crédito ou débito, seja em formato físico ou virtual em smartwatch ("relógios inteligentes") ou celulares.

5.12. DANOS A BENS MÓVEIS E IMÓVEIS

Danos a bens móveis e imóveis sob responsabilidade do Segurado, para guarda ou custódia, transporte, uso, manipulação ou execução de quaisquer trabalhos, exceto quando se tratar de algo que impacte diretamente no serviço prestado ao paciente, incluindo, mas não se limitando a macas, camas hospitalares, tubos de oxigênio, cadeiras de rodas, entre outros.

5.13. JURISDIÇÕES ESTRANGEIRAS

Reclamações em qualquer jurisdição estrangeira, que não seja no Brasil e submetidas ao direito brasileiro.

5.14. IMÓVEIS E PRODUTOS

Uso, existência ou conservação de imóveis, bem como de produtos fabricados e/ou comercializados e/ou negociados e/ou distribuídos e/ou utilizados pelo Segurado.

5.15. DANOS RELACIONADOS À TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Falha ou mau funcionamento de qualquer equipamento de tecnologia, programa de computador, sistema de computação e/ou transferência eletrônica de dados, armazenamento de dados, ataques cibernéticos, hackers, trojans, malwares e vírus.

5.16. QUEBRA DE CONFIDENCIALIDADE DE DADOS

Quebra de confidencialidade de dados pessoais ou informações confidenciais ou sigilosas que sejam de responsabilidade do Segurado; bem como a violação, acesso indevido e/ou não autorizado de dados de Terceiros, incluindo, mas não se limitando a qualquer violação da Lei Geral de Proteção de Dados (“LGPD”) e demais leis vigentes relacionadas a proteção de dados de Terceiros.

5.17. RESPONSABILIDADE DE CONSELHEIROS, ADMINISTRADORES E DIRETORES

Responsabilidade legal, individual, solidária ou subsidiária de conselheiros, administradores, diretores, procuradores e representantes legais, em casos de reclamação por falhas de gestão.

5.18. ATOS INTENCIONAIS DE COLABORADORES E/OU EMPREGADOS

Atos desonestos ou fraudulentos cometidos pelos Empregados, Colaboradores ou Prestadores de Serviços do Segurado, durante o exercício da profissão.

5.19. FALHA OU ACONDICIONAMENTO INADEQUADO DOS MATERIAIS

Falhas na preservação e/ou transporte e/ou armazenamento inadequado de materiais coletados e/ou medicamentos utilizados na prestação de serviço inerente à atividade especificada na Apólice, Especificação ou Certificado do seguro contratado.

Entende-se por:

- i. Materiais coletados: sangue, medula óssea, órgãos e/ou qualquer outro material coletado do corpo humano.
- ii. Medicamentos utilizados: solução fisiológica, soro fisiológico, seringas, drogas, anestésicos e quaisquer outros medicamentos similares utilizados nos procedimentos.

5.20. CONTAMINAÇÃO EM LOTE DAS BOLSAS DE SANGUE

Danos aos pacientes, profissionais e acompanhantes em função da contaminação em lote das bolsas de sangue.

5.21. PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS REALIZADOS POR CIRURGIÃO PLÁSTICO

Não estarão cobertos os procedimentos estéticos realizados por cirurgião plástico, na área de atuação da cirurgia plástica, mesmo que o profissional seja habilitado e possua a devida especialização para realizar os procedimentos.

5.22. RESPONSABILIDADE ATRIBUÍDA A COSSEGURADO QUANDO:

Em caso de pessoa jurídica, responsabilidade for atribuída a cossegurado que não exerça a mesma atividade da segurada principal e, cujo faturamento não tenha sido considerado na precificação do seguro e, não tenha pelo menos um sócio comum.

5.23. CONTRATOS ESPECÍFICOS

Serviços prestados em decorrência de contratos específicos que possuam sua própria apólice.

5.24. EPIDEMIAS E PANDEMIAS

Danos decorrentes de epidemias e pandemias, quando não relacionadas a uma falha na Prestação de Serviços da atividade, devidamente contratada neste seguro.

5.25. ACIDENTES DURANTE O TRANSPORTE

Danos ocasionados por acidente durante o transporte de pacientes, órgãos, tecidos e outros relacionados ao seguro contratado.

5.26. A RESPONSABILIDADE ATRIBUÍDA A VETERINÁRIOS, CLÍNICAS E HOSPITAIS VETERINÁRIOS, EM RELAÇÃO A:

- i. Qualquer certificação, exame e/ou tratamento de cavalos puro-sangue.
- ii. Qualquer doença transmissível dos animais, incluindo a Encefalopatia Espongiforme Bovina (EEB), Febre Aftosa (FA) e Scrapie, quando não relacionadas a uma falha na prestação de serviços da atividade, devidamente contratada neste seguro.
- iii. Prejuízo financeiro decorrente de danos a animais puro-sangue, campeões, reprodutores e outras categorias que se assemelhe por trazer retorno financeiro ao seu proprietário/tutor.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

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 na **Apólice ou no seu site**.

Ao tomar ciência do **Sinistro** ou da iminência do seu acontecimento, é obrigação do **Segurado**, sob pena das consequências previstas na Cláusula 17.6:

- i. Adotar, de forma imediata, todas as providências razoáveis e eficazes para evitar ou minimizar os efeitos do evento danos;
- ii. Seguir eventuais instruções recebidas para contenção dos danos ou salvamento;
- iii. Fornecer à Seguradora os elementos que disponha sobre o Sinistro, suas causas e consequências.

O descumprimento doloso dos deveres previstos nos itens acima implica a perda do direito à indenização, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora.

O descumprimento culposo de qualquer um dos deveres previstos acima implica a perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

As providências previstas no item “i” acima não serão exigíveis se colocarem em perigo interesses relevantes do segurado, do beneficiário ou de terceiros, ou se implicarem sacrifício acima do razoável.

Excetuando-se os eventos formalmente declarados como de calamidade pública e amplamente divulgados por canais oficiais do governo e que envolvam interesses públicos notadamente relevantes, não será presumido o conhecimento, por parte da Seguradora, acerca do evento que deu causa ao sinistro, permanecendo o dever do Segurado em comunicá-la na forma prevista nestas Condições Contratuais.

É vedado ao Segurado e ao beneficiário promover modificações no local do Sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao Sinistro.

O descumprimento culposo do dever previsto nesta cláusula implica obrigação de suportar as despesas acrescidas para a regulação e a liquidação do Sinistro.

O descumprimento doloso do dever previsto nesta cláusula exonera a Seguradora do dever de indenizar.

Para melhor atender o **Segurado**, seguem abaixo as instruções básicas de como proceder na hipótese de alguma ocorrência que poderá ser considerada como **Sinistro**:

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

a) Que o **Terceiro** apresente a **Reclamação** ao **Segurado**:

- i. Durante o Período de Vigência da Apólice; ou
- ii. Durante o Prazo Adicional, quando cabível; ou
- iii. Durante os prazos prescricionais em vigor, se tiver havido Notificação.

b) Que as **Reclamações** estejam vinculadas a **Danos** ocorridos durante a vigência da **Apólice** ou durante o **Período de Retroatividade de Cobertura**.

6.2. Reclamação Conexa, Reclamação Única

6.2.1. Significa uma **Reclamação** do qual resulte, baseie ou seja atribuível a um mesmo **Fato Gerador** ou **Ato Danoso**, a um mesmo evento e/ou a uma causa originária comum, ou **Atos Danosos** continuados e recorrentes, relacionados a qualquer **Reclamação** primeiramente apresentada durante o **Período de Vigência** ou **Prazo Adicional**.

6.2.2. A conexão de uma **Reclamação** ou séries de **Reclamações** requer seja demonstrado nexos causal entre as **Reclamações**, considerando-se as suas origens, datas, participantes, motivos, entre outros elementos importantes para a análise do caso concreto.

6.2.3. A data da **Reclamação Conexa** será a data de recebimento do **Aviso de Sinistro** relacionado à primeira **Reclamação** apresentada pelo **Terceiro** contra o **Segurado**, qualificando-se como uma única **Reclamação**.

6.2.4. A **Reclamação Conexa** deve, todavia, para fins de **Cobertura**, ser apresentada pelo **Terceiro** ao **Segurado** durante o **Período de Vigência** ou **Prazo Adicional**, se aplicável. Se a **Reclamação** for apresentada depois dos prazos ajustados na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**, ela não será agregada à **Reclamação** primitiva e, portanto, não comportará **Cobertura** pela **Seguradora**, mesmo que a primeira **Reclamação** avisada pelo **Segurado**, atribuível a um mesmo **Fato Gerador** e **Ato Danoso** ou a uma mesma causa ou evento, tenha sido formalizada durante o **Período de Vigência** ou **Prazo Adicional**.

6.2.5. As condições dispostas no item anterior não se aplicam no caso de renovação sucessiva da **Apólice** com esta **Seguradora**.

6.2.6. Para todos os efeitos, as **Reclamações** observarão um único **Limite Máximo de Garantia** e **Limite Máximo de Indenização**, e serão submetidas a uma mesma **Franquia**, se aplicável.

6.3. Em caso de ações judiciais cíveis, criminais, administrativos e procedimentos administrativos e arbitrais

6.3.1. Ao receber uma citação judicial, cível, criminal, administrativa ou arbitral, o **Segurado** deve entrar em contato com a **Seguradora**, para comunicação da **Reclamação**, pelos canais de comunicação, bem como disponibilizar as seguintes informações iniciais, sem que isso caracterize aviso formal de sinistro:

- i. Os dados básicos da **Apólice** vigente;
- ii. Resumo do ocorrido, incluindo informações sobre o lugar, data, horário e descrição sumária do evento e do Ato Danoso, além de informação sobre a data e horário em que o Segurado ficou ciente, pela primeira

vez, sobre o evento notificado e a descrição de como tomou ciência;

- iii. Cópia da citação da ação judicial, cível, criminal, administrativa ou arbitral, ou documento equivalente a ela;
- iv. Documento descrevendo a natureza dos **Danos** ou das lesões e de suas possíveis consequências;
- v. Estimativa de valor dos prejuízos causados ao **Terceiro**.
- vi. Nome, domicílio, estado civil, profissão ou ocupação do Terceiro prejudicado ou falecido, se for o caso, bem como nome e domicílio de eventual testemunha.

6.3.2. Mesmo que não figure na ação, a **Seguradora** poderá, sob seu exclusivo critério, intervir na mesma na qualidade de assistente.

6.3.3. A **Seguradora** poderá opor aos prejudicados todas as defesas que contra eles possuir, bem como as defesas fundadas no contrato de seguro que tiver contra o **Segurado** antes do **Sinistro**.

6.3.4. 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 dos **Custos de Defesa** apresentados pelo **Segurado** são justos e condizentes com a prática do mercado, considerando todos os aspectos necessários, incluindo, mas não se limitando à natureza e complexidade da **Reclamação** e aos valores envolvidos. Caso sejam apresentados valores que não se enquadram no descrito acima, o **Segurado** responderá pelo excedente.

6.4.3. Fica estabelecido que do **Limite Máximo de Garantia** haverá um **Limite Máximo de Indenização** específico e diverso destinado para os **Custos de Defesa**, não podendo este ser utilizado para arcar com qualquer **Indenização Securitária** destinada a cobrir o **Prejuízo** causado ao **Terceiro** ou qualquer outra finalidade que não seja a defesa do **Segurado**. O **Segurado** reconhece que havendo esgotamento do valor total destinado para cobrir os **Custos de Defesa**, a cobertura para tais custos será encerrada, não podendo ser utilizado qualquer outro valor sobressalente do **Limite Máximo de Garantia**.

6.4.4. Todos os pagamentos dos **Custos de Defesa** poderão ser feitos diretamente aos advogados, na medida em que os mesmos forem devidos ou incorridos pelo **Segurado**, nos termos da Cláusula 6.8.

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

6.4.5. Ocorrendo a condenação do **Segurado** por decisão judicial transitada em julgado, decisão final arbitral ou decisão final administrativa, e havendo cobertura para o **Ato Danoso** e para a **Reclamação** nos termos da **Apólice**, a **Seguradora** fará o devido reembolso ao **Segurado** ou diretamente ao terceiro, inclusive **Sucumbência**, nos termos da Cláusula 6.9. Se a **Seguradora** estiver no polo passivo da ação judicial ou do procedimento arbitral, o pagamento será realizado por ela diretamente nos autos do processo, no prazo determinado naquele.

6.4.6. 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 Securitária** no prazo devido. Alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.

6.5. Celebração de acordos judiciais ou extrajudiciais

6.5.1. Caso seja possível celebrar um acordo judicial ou extrajudicial com o **Terceiro**, 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).

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

6.5.3. 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.

6.5.4. O pagamento do acordo será feito pela Seguradora diretamente ao Terceiro reclamante, dentro do prazo acordado.

6.5.5. A celebração de acordo entre a Seguradora e os Terceiros não implicará em reconhecimento da responsabilidade do Segurado e nem prejudicará aqueles a quem é imputada responsabilidade.

6.6. Ressarcimentos administrativos

6.6.1. Na eventualidade de um Terceiro reportar ao Segurado um Ato Danoso diretamente relacionado com a Prestação de Serviço pelo Segurado e tendo ele manifestado sua vontade em ser reparado por um Dano que entende ter sofrido, o Seguro poderá ser acionado sem a necessidade de ação judicial, processo arbitral ou processo administrativo.

6.6.2. O Segurado comunicará os fatos à Seguradora, que dará início ao procedimento de Regulação de Sinistro, nos termos da Cláusula 6.9.

6.6.3. Caracterizado o Sinistro e estando a Seguradora de acordo com o valor do pleito, o ressarcimento do Dano será feito mediante o pagamento de Indenização Securitária.

6.7. Notificação de Expectativa de Sinistro

6.7.1. Caso o Segurado tome conhecimento de qualquer fato ou situação, além de comunicações recebidas de Terceiros, ocorridos entre o Período de Retroatividade de Cobertura e o término da vigência da Apólice, que entenda que possa gerar uma Reclamação no futuro, deverá comunicar prontamente à Seguradora, por meio de Notificação, para registrar a expectativa de Sinistro, sob pena de responder pelos prejuízos a que der causa.

6.7.2. A Notificação da expectativa de Sinistro enviada à Seguradora, dentro do Período de Vigência, garante que as condições desta Apólice serão aplicadas às Reclamações futuras de Terceiros, desde que dentro dos prazos prescricionais legais aplicáveis, vinculadas ao fato ou à circunstância comunicada pelo Segurado.

6.7.3. Quando da comunicação de Notificação de expectativa de Sinistro, o Segurado deverá indicar todas as informações disponíveis da forma mais completa possível, tais como:

- i. Lugar, data, horário e descrição do ocorrido;
- ii. Se possível, os dados do Terceiro, como nome, domicílio, estado civil, profissão ou ocupação, bem como o nome e domicílio de eventual testemunha;
- iii. Natureza dos Danos existentes ou potenciais e de suas possíveis consequências;
- iv. Os dados do segurado, que comprovem sua habilitação e especializações quando necessário.

6.7.4. As Notificações serão objeto de análise da Seguradora, a qual poderá solicitar maiores informações ao Segurado, para fundamentar a sua decisão quanto a Notificação ser aceita ou não dentro desta Apólice, além de serem avaliadas pela Seguradora quais as ações necessárias para proteger o

melhor interesse do Segurado.

6.7.5. Caso o Segurado tenha ciência do fato ocorrido, mas não apresente a Notificação nos termos aqui descritos, será acionada a Apólice que estiver em vigor por ocasião da apresentação da Reclamação.

6.8. Regras Gerais sobre a Regulação e a Liquidação de Sinistro

6.8.1. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se expressamente sobre a existência de cobertura, sob pena de não poder mais recusá-la, prazo este contado da data de recebimento do Aviso de Sinistro totalmente preenchido, acompanhado dos documentos mínimos listados para a cobertura pleiteada, bem como eventuais documentos e informações adicionais que contenham os elementos necessários previstos para a cobertura pleiteada, todos indicados nas Condições Contratuais.

6.8.1.1. Os elementos enviados devem ser adequadamente nomeados e estar legíveis/claros.

6.9. Documentos Necessários

6.9.1. Para a regulação de Sinistro relativo às coberturas mencionadas, devem ser apresentados os documentos mínimos abaixo, e documentos e informações adicionais que contenham os elementos necessários:

6.9.1.1. Elementos necessários:

Identificação do fato ocorrido;

- a) Identificação do Segurado, incluindo registro e títulos de especialização, quando necessário;
- b) Identificação do causador do dano e comprovante de relação com o Segurado;
- c) Identificação dos terceiros prejudicados;
- d) Relação dos terceiros prejudicados com o segurado;
- e) Apuração dos prejuízos sofridos pelo terceiro prejudicado e comprovação dos danos;
- f) Relação entre o fato ocorrido e a conduta do Segurado;
- g) Prejuízos suportados pelo Segurado que guardem relação com o sinistro, em sua defesa ou reembolso dos terceiros prejudicados;
- h) Identificação e informações de reclamação contra o Segurado em razão do fato ocorrido;
- i) Relação entre o fato ocorrido e os prejuízos.

6.9.1.2. Documentos mínimos:

- a) Aviso de sinistro devidamente preenchido, com exposição circunstanciada e cronológica dos fatos.
- b) Contrato de prestação de serviços firmado entre as partes. Se houver distrato, anexar.
- c) Documentos que comprovem a efetiva prestação dos serviços contratados (ex.: relatórios, pareceres, documentos técnicos, registros de entrega, protocolo de atendimento, entre outros).
- d) Tratativas entre o Segurado e o Terceiro sobre o evento (antes e após o conhecimento), caso haja.
- e) Cópia integral e atualizada de eventual processo judicial, criminal, arbitral, notificação administrativa e/ou extrajudicial, acompanhada dos respectivos comprovantes de recebimento assinados, intimações positivas e/ou documentos similares, bem como de eventual resposta ou manifestação de retorno encaminhada ao reclamante, a serem apresentadas tão logo tenham sido protocoladas ou assim que

estiverem disponíveis.

- f) Reclamação formal apresentada pelo Terceiro – Extrajudiciais (ex.: notificação, e-mails, mensagens, SAC, ouvidoria).
- g) Registro de eventuais reclamações administrativas (ex.: sindicâncias, auditorias internas/externas, conselhos profissionais, comissões de ética, corregedorias).
- h) Contrato de honorários firmado para defesa do Segurado, devidamente assinado, juntamente com os comprovantes de pagamento, se já realizados.
- i) Documentos que comprovem a habilitação técnica e regularidade profissional do Segurado responsável pelo evento
- j) Apresentação de declaração formal sobre a existência de outros seguros que eventualmente cubram o mesmo risco. Em caso positivo, deverá ser encaminhada:
 - i. Cópia do front da apólice congênere;
 - ii. Resultado da análise da seguradora congênere ou comprovação de notificação e status da regulação.
- k) Documentos que comprovem o prejuízo efetivamente alegado (ex.: notas fiscais, boletos, laudos, multas, decisões judiciais, boletins de ocorrência, orçamentos de reparação, recibos, comprovantes de pagamento).
- l) Laudos técnicos, perícias, pareceres ou exames especializados que demonstrem o dano ou corroborem a alegação de erro técnico ou omissão profissional.
- m) Planilha ou relatório detalhado com a quantificação dos prejuízos reclamados, se possível discriminando valores por origem (ex.: danos emergentes, lucros cessantes, multas, juros, correções, honorários, perdas materiais, danos estéticos ou morais).
- n) Declaração do faturamento dos últimos 12 meses do segurado, quando for pessoa jurídica
- o) Documentação do Segurado (pessoa física ou jurídica):
 - i. Documentos pessoais (CPF, RG ou CNH);
 - ii. Comprovante de endereço atualizado;
 - iii. Contrato social consolidado e atualizado;
 - iv. Documentos dos sócios (se pessoa jurídica) e/ou procuradores legais (com a devida procuração).
- p) Documentação do Terceiro (pessoa física ou jurídica):
 - i. Documentos pessoais (CPF, RG ou CNH);
 - ii. Comprovante de endereço atualizado;
 - iii. Contrato social, CNPJ, documentos dos sócios ou representantes legais;
 - iv. Procuração (quando aplicável).
- q) Termo de quitação emitido pelo Terceiro em favor do Segurado, com firma reconhecida, se aplicável.
- r) Termo de quitação emitido pelo Segurado em favor da Seguradora, se aplicável.
- s) Formulário de pagamento devidamente preenchido e assinado, quando aplicável (em caso de

acordo, indenização ou reembolso).**I. PEDIDO DE RESSARCIMENTO DE TERCEIROS E MEDIAÇÃO**

- a) Relatório detalhado sobre o evento, trazendo a descrição dos fatos com data, local e horário de sua ocorrência, descrição dos Danos alegados e possíveis consequências, natureza das perdas alegadas ou potenciais, e a forma como o Segurado tomou conhecimento da Reclamação ou dos fatos a ela inerentes;
- b) Notas fiscais, Recibos de despesas, Decisão judicial ou arbitral condenatória, bem como decisão administrativa, que ainda não tenha sido enviada anteriormente; Contratos de prestação de serviço; Propostas/Contratos de honorários e comprovantes de pagamento, quando for o caso;
- c) Comprovante de Reembolso ao Terceiro, com detalhamento do valor e a qual título, que guardem relação com o Sinistro.
- d) Contrato Social e a última alteração contratual do Segurado, Cópia do cartão do CNPJ do Segurado,
- e) Cópia de Identidade e CPF do representante do Segurado com poderes para vincular a companhia, receber pagamento e dar quitação;
- f) Identificação dos terceiros reclamantes, com nome, identificação (RG e/ou CPF), domicílio, estado civil, profissão ou ocupação;
- g) Cópia integral da Reclamação;
- h) Documentos que comprovem a caracterização do Ato Danoso e da falha na Prestação de Serviços;
- i) Documentos que fundamentem e comprovem eventuais Custos de Defesa, incorridos com a Reclamação;
- j) Documentos que comprovem a condição de Colaborador ou Empregado do profissional responsável pelo Ato Danoso e/ou pela falha na Prestação de Serviços que ensejou a Reclamação;
- k) Contrato de prestação de serviço firmado entre o Segurado e o Terceiro que moveu a Reclamação;
- l) Documento comprobatório dos Danos decorrentes do Ato Danoso;
- m) Relatório contendo a estratégia processual a ser adotada no caso judicial, arbitral ou administrativo, se cabível;
- n) Cópia e/ou Declaração contábil do faturamento dos últimos 12 meses, conforme vigência da Apólice; e
- o) Certidão de ocorrência da polícia local, quando cabível.

II. CUSTOS DE DEFESA EM PROCESSOS CÍVEIS, CRIMINAIS, ADMINISTRATIVOS E ARBITRAIS

- a) Relatório detalhado sobre o evento, trazendo a descrição dos fatos com data, local e horário de sua ocorrência, descrição dos Danos alegados e possíveis consequências, natureza das perdas alegadas ou potenciais, e a forma como o Segurado tomou conhecimento da Reclamação ou dos fatos a ela inerentes;
- b) Faturas ou notas fiscais, contendo o valor e a descrição dos serviços realizados;
- c) Termo de quitação.

III. INDENIZAÇÕES: ACORDOS OU CONDENAÇÃO

- a) Relatório detalhado sobre o evento, trazendo a descrição dos fatos com data, local e horário de sua ocorrência, descrição dos Danos alegados e possíveis consequências, natureza das perdas alegadas ou potenciais, e a forma como o Segurado tomou conhecimento da Reclamação ou dos fatos a ela inerentes;

b) Decisão judicial, arbitral ou administrativa e certidão de trânsito em julgado;

c) Comprovante de pagamento da condenação.

6.9.2. Sempre que os elementos, documentos e informações disponibilizados para a Seguradora, pelo Segurado e/ou Beneficiário, juntamente com o aviso de sinistro não trouxerem os elementos necessários e documentos mínimos previstos nas condições contratuais **para a regulação de sinistro**, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares ao interessado, desde que a solicitação esteja fundamentada e devidamente justificada, e seja feita dentro do prazo estabelecido no item 6.8.1, e que lhe seja possível produzi-los, por uma única vez, se a importância segurada não exceder o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente, ou por duas vezes, nas demais hipóteses.

6.9.2.1. Solicitados documentos complementares, o prazo estabelecido no item 6.8.1 será suspenso, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

6.9.2.2. Caso ao final do prazo de 30 (trinta) dias não tenham sido entregues todos os elementos solicitados, a indenização será negada e o procedimento de análise será encerrado, sendo possibilitado ao interessado efetuar novamente a comunicação do evento, para abertura de novo procedimento de análise junto à Seguradora.

6.9.2.3. O não envio dos elementos necessários listados no prazo acima indicado ou o seu envio parcial implicam encerramento do procedimento de análise e recusa automática da cobertura.

6.9.2.4. A Seguradora poderá exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como cópia da certidão de abertura ou o resultado de inquéritos ou processos instaurados ou procedimentos administrativos em virtude do fato que produziu a Reclamação, sem prejuízo do pagamento da Indenização no prazo devido.

6.9.2.5. O direito à Indenização só se configura após o esclarecimento completo das circunstâncias do Sinistro, cabendo ao Segurado colaborar integralmente com a investigação.

6.9.2.6. A recusa de cobertura deve ser expressa e motivada, e acompanhada dos documentos que fundamentem a decisão da seguradora, salvo os confidenciais ou sigilosos por lei ou que possam causar danos a terceiros.

6.9.2.7. A liquidação do Sinistro e o pagamento da Indenização somente terão início após a finalização do processo de regulação com a confirmação da existência de cobertura, pela Seguradora, ressalvada comunicação expressa da Seguradora em sentido diferente, após a identificação da existência efetiva de cobertura e da sua extensão material.

6.9.2.8. Se durante o processo de regulação do sinistro forem apuradas, ainda que parcialmente e de forma preliminar, quantias devidas ao Beneficiário a título de Indenização em decorrência da apuração de existência de cobertura de Sinistro, essas quantias serão pagas ao Beneficiário, por meio de adiantamento, no prazo de 30 (trinta) dias contados da apuração pela Seguradora e serão deduzidas da Indenização final.

6.9.2.9. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e sua extensão e, quando for o caso os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s), correrão por conta dos interessados, ressalvadas as que forem diretamente realizadas pela Seguradora.

6.9.2.10. Reconhecida a cobertura, a Indenização deverá ser paga no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

6.9.2.11. Para a liquidação de Sinistro relativo às coberturas mencionadas, devem ser apresentados os documentos mínimos abaixo, e documentos e informações adicionais que contenham os elementos necessários:

6.9.2.12. Sempre que os elementos, documentos e informações disponibilizados para a Seguradora, pelo Segurado e/ou Beneficiário, não trouxerem os elementos necessários e documentos mínimos previstos nas condições contratuais **para a liquidação de sinistro**, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares ao interessado, desde que a solicitação esteja fundamentada e devidamente justificada, e seja

feita dentro do prazo estabelecido no item 6.9.2.10, e que lhe seja possível produzi-los, por uma única vez, se a importância segurada não exceder o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente, ou por duas vezes, nas demais hipóteses.

6.9.2.13. Solicitados documentos complementares, o prazo estabelecido no item 6.9.2.10 será suspenso, começando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

6.9.2.14. O valor devido apurado deve ser apresentado de forma fundamentada ao interessado.

6.9.2.15. A falta de pagamento da Indenização no prazo estipulado no item 6.9.2.10 implicará a aplicação de juros de mora de 2% (dois por cento) e atualização monetária com base na variação positiva da taxa SELIC, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data do pagamento efetivo, sem prejuízo dos juros legais e da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a Indenização deveria ter sido paga.

6.9.2.16. No caso de extinção da taxa SELIC, será aplicado, como índice substituto, o INPC/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor, também publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

6.9.2.17. Se para a conclusão da **Regulação de Sinistro** ou da **Liquidação de Sinistro** for necessária a contratação de um perito ou expert, os prazos destacados acima ficarão suspensos enquanto a referida perícia não restar finalizada. Caberá ao perito observar e à **Seguradora** exigir celeridade nas apurações, e ao **Segurado** colaborar com as informações e documentos necessários à conclusão dos trabalhos.

6.10. Demais informações sobre o acionamento do Seguro

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

6.10.2. Todos os Danos decorrentes de um mesmo Ato Danoso serão considerados como um único Sinistro, qualquer que seja o número de Terceiros reclamantes ou Reclamações, prevalecendo as condições vigentes no momento da primeira Notificação ou Aviso de Sinistro apresentado à Seguradora. Ocorrendo o término do Período de Vigência da Apólice, ou o esgotamento do Limite Máximo de Garantia da Apólice ou dos Limites Agregados contratados, cessará automaticamente a Cobertura para os Atos Danosos ocorridos posteriormente. Danos decorrentes de Atos Danosos distintos serão tratados separadamente, na forma de Reclamações individuais.

6.10.3. Todas as Indenizações Securitárias serão pagas em moeda nacional.

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

6.10.5. 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.

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

6.10.7. Fica resguardado à **Seguradora** o direito de ressarcimento por qualquer Indenização Securitária paga indevidamente, inclusive por qualquer **Despesa de Defesa** por ela adiantada ao **Segurado**, caso posteriormente fique comprovada a existência de qualquer risco excluído, agravamento do risco, cometimento de **Ato Doloso** ou qualquer outra situação em que seja apurado que o pagamento não era devido.

6.10.8. A ocorrência de Sinistro com efeitos parciais importará na redução do Limite Máximo de Indenização proporcionalmente ao valor indenizado.

6.10.9. Se a Seguradora apurar a possibilidade de existir multiplicidade de prejudicados em um mesmo evento, a Seguradora somente realizará o pagamento de indenização, quando devida, e respeitados os limites da

Apólice, mediante consignação em pagamento

6.11. Âmbito de Cobertura

As disposições deste contrato de **Seguro** aplicam-se exclusivamente a **Danos** ocorridos e reclamados no território brasileiro, salvo as estipulações em contrário, constantes na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**.

7. FORMA DE CONTRATAÇÃO

7.1. 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.

7.2. Apólice à Base de Reclamações com Notificação

A **Cobertura** da presente **Apólice 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**, conforme consta na Cláusula 6.7.

Portanto, devem ser observados os seguintes requisitos:

O **Segurado** tenha notificado fatos ou circunstâncias ocorridas durante o **Período de Vigência** da **Apólice**, ou durante o **Período de Retroatividade**; e O **Terceiro** apresente a **Reclamação** ao **Segurado** durante o **Período de Vigência** da **Apólice** ou durante os prazos prescricionais legais.

8. LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG) E LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI)

8.1. O **Limite Máximo de Garantia**, durante o **Período de Vigência** ou **Prazo Adicional** (caso aplicável), é o valor máximo devido pela **Seguradora** por força desta **Apólice**.

8.1.1. Os **Limites Máximos de Indenização** por **Cobertura** contratada são parte do **Limite Máximo de Garantia** e não **Coberturas** em excesso.

8.1.2. A inclusão de mais de um **Segurado** nesta **Apólice** não importa em aumento do valor total de responsabilidade da **Seguradora** nos termos desta **Apólice**.

8.1.3. Os **Custos de Defesa** se incluem dentro do conceito de **Perda** e possuem o seu próprio **Limite Máximo de Indenização** e **Limite Agregado**, apartado daquele destinado à indenização dos prejuízos. Os **Custos de Defesa** integram o **Limite Máximo de Garantia**.

8.1.4. 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. No caso de esgotamento do **Limite Máximo de Garantia**, esta **Apólice** será automaticamente cancelada, independentemente de haver algum **Limite Máximo de Indenização** não esgotado.

8.1.5. 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 Securitária**, o **Limite Máximo de Garantia** da **Apólice de Primeiro Risco** somado, quando aplicável, ao **Limite Máximo de Garantia** das **Apólices de Excesso Intermediárias**:

a) 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**; ou

b) 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 da Cláusula 8.1.5, 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**.

8.2. Aumento do Limite Máximo de Garantia (LMG) e do Limite Máximo de Indenização (LMI)

8.2.1. 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**.

8.2.2. 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 de Cobertura**.

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

9. LIMITE AGREGADO

9.1.1. 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 por 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 Adicional**, se aplicável, incluindo, **Reclamações** ou **Reclamações** conexas, que sejam aceitas como realizadas durante o **Período de Vigência**, de acordo com a disposição geral da Cláusula 6.2 “Reclamação Conexa, Reclamação Única”.

9.1.2. Os Limites Agregados estabelecidos são independentes, não se somando nem se comunicando.

9.1.3. Qualquer importância paga pela **Seguradora** por força desta **Apólice**, inclusive a título de **Custos de Defesa**, deverá corresponder à responsabilidade da **Seguradora** por **Perda** dentro do **Limite Agregado**.

9.1.4. O **Limite Agregado** desta **Apólice** não está sujeito à reintegração depois de exaurido, sendo a **Cobertura** automaticamente cancelada na hipótese de pagamento de **Indenizações Securitárias** vinculadas à mesma, esgotando o **Limite Agregado**.

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

10. PRAZO ADICIONAL

10.1.1. O **Prazo Adicional** mencionado na **Especificação**, é o prazo durante o qual, a partir do cancelamento da **Apólice** ou do término do **Período de Vigência**, o **Segurado** pode apresentar um **Aviso de Sinistro** à

Seguradora sobre uma **Reclamação** feita contra si durante o referido período por um **Ato Danoso** que tenha ocorrido durante o **Período de Vigência** ou, exceto quanto ao subitem (d) abaixo, o **Período de Retroatividade de Cobertura**, nas seguintes hipóteses:

- a) Se a **Apólice** não for renovada e não for substituída por outra apólice;
- b) Se a **Apólice** for transferida para outra seguradora que não admita, integralmente, o **Período de Retroatividade de Cobertura** da **Apólice** precedente;
- c) 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
- d) 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** terem exaurido o **Limite Máximo de Garantia**.

10.1.2. Não haverá o Prazo Adicional, mesmo quando contratado/concedido, para aquelas Coberturas cujo pagamento de Indenizações Securitárias tenha atingido o respectivo Limite Máximo de Indenização por Cobertura Contratada ou o Limite Máximo de Garantia.

10.1.3. O Prazo Adicional será devidamente indicado na Apólice ou Especificação do Seguro e será válido desde que o Segurado exerça o direito de contratação e efetue o pagamento do Prêmio adicional referido na Especificação.

10.1.4. Em caso de renovação da Apólice, ou de sucessivas renovações, se aplica um Prazo Adicional 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.

10.1.5. 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 da Apólice.

11. PERÍODO DE VIGÊNCIA

11.1.1. O Período de Vigência mínimo desta Apólice é sempre de 1 (um) ano, exceto se houver sido pactuado outro prazo, que estará identificado na Especificação. Excetuam-se, ademais, os 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.

11.1.2. A Apólice e eventuais Endossos terão seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas indicadas na Apólice ou Especificação do Seguro ou no próprio Endosso.

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

12. FRANQUIA E/OU PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS)

12.1.1. 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. As Franquias ou POS serão aquelas indicadas na Apólice ou Especificação do Seguro.

12.1.2. A Franquia não será aplicável às despesas com as medidas de contenção ou de salvamento para evitar o Sinistro iminente ou atenuar seus efeitos, mesmo que realizadas por terceiros ou tenham sido ineficazes.

13. DA ACEITAÇÃO E CONTRATAÇÃO DO SEGURO

13.1. Para contratação do **Seguro**, o Proponente ou seu representante legal, ou um Corretor de Seguros habilitado (desde que munido de instrumento de mandato), deverá preencher e assinar proposta contendo os elementos essenciais para a análise do risco, a fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio e a informação da existência de outros seguros que cubram os mesmos interesses, garantias e riscos, além de Questionário de Avaliação dos Riscos submetido pela Seguradora.

13.1.1. Não será presumido que a Seguradora possa ter conhecimento de circunstâncias não incluídas na Proposta e que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente.

13.2. O Proponente obriga-se a prestar, ao responder o Questionário de Avaliação de Riscos, todas as informações relevantes que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

13.2.1. Antes da submissão da Proposta serão disponibilizadas as condições contratuais ao Proponente, seja por vias físicas, digitais ou instruções de acesso à rede.

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

13.3. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.

13.4. A Seguradora se manifestará acerca da aceitação ou não da Proposta no prazo de até 25 (vinte e cinco) dias, contados da data de recebimento da Proposta, acompanhada de toda a documentação necessária para a análise do risco, seja para seguros novos, renovações ou para alterações que impliquem modificação do risco, podendo a Seguradora:

- a) Recusar a contratação do seguro, formalizando a negativa devidamente justificada ao **Proponente**, ou ao seu representante legal ou, mediante solicitação expressa destes, ao **Corretor de Seguros**, contendo os motivos da recusa;
- b) Solicitar esclarecimentos ou a produção de exames periciais, situação na qual o prazo previsto nesta Cláusula terá novo início, a partir do atendimento da solicitação ou da conclusão do exame pericial; ou
- c) Aceitar a contratação do Seguro.

A ausência de manifestação expressa e formal da Seguradora dentro do prazo estabelecido caracterizará a aceitação tácita da Proposta.

A emissão e o envio da Apólice, dentro do prazo de 25 (vinte e cinco) dias substituirá a manifestação expressa de Aceitação da Proposta pela Seguradora, assim como a prática de outros atos inequívocos

13.4.1. A Seguradora não receberá Prêmio, parcial ou integral, antes da formalização do eventual aceite da proposta, ressalvada a hipótese de contratação de cobertura provisória.

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

13.4.3. 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 vigência solicitada para o **Seguro** for inferior a 12 (doze) meses, situação na qual a cobertura provisória encerrar-se-á imediatamente.

13.4.4. 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**.

13.5. Considerar-se-á a data da aceitação da Proposta:

- a) A data da manifestação da **Seguradora**, se anterior ao término do prazo de 25 (vinte e cinco) dias indicado acima; ou
- b) A data do término do prazo indicado acima, ressalvados os casos de interrupção do prazo de aceitação previstos nesta Cláusula.

A Seguradora entregará ao Segurado, em até 30 dias da aceitação da proposta, a Apólice emitida.

A proposta feita pelo potencial segurado não exige forma escrita. O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à proposta, mas as informações prestadas pelas partes e por terceiros intervenientes integram o contrato que vier a ser celebrado.

13.6. São documentos do presente seguro, a Proposta com seus anexos e, quando for o caso, o respectivo Questionário de Avaliação de Riscos e a ficha de informações apresentadas pelo Segurado ou seu Corretor de Seguros à Seguradora.

13.6.1. A proposta pode ser feita de forma não escrita, conforme Lei Nº 15.040/2024, podendo inclusive ser por vias eletrônicas, ligação gravada, e-mails, sistemas eletrônicos.

13.7. 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 na Cláusula 17 destas Condições Gerais.

14. INFORMAÇÕES SOBRE RISCO E DECLARAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO CONTRATO

14.1. O seguro será nulo quando o Segurado ou a Seguradora souberem, no momento da formalização da Proposta, que o risco é impossível ou já se realizou.

14.1.1. A parte que tiver conhecimento da impossibilidade ou da prévia realização do risco e seguir com a apresentação de Proposta ou sua aceitação, pagará à outra o dobro do valor do Prêmio.

14.1.2. O contrato de seguro só é válido se houver Interesse Legítimo do Proponente, Segurado ou Beneficiário. Se o interesse surgir depois da contratação, o contrato passa a ser eficaz a partir desse momento. Se o interesse for parcial, a eficácia será proporcional. Se não houver interesse possível, o contrato de seguro será nulo.

14.1.3. Na hipótese de extinção do interesse legítimo que fundamenta o Seguro, o contrato será considerado resolvido, sendo devida ao Segurado a devolução proporcional do Prêmio pago, calculada em função do período de cobertura não usufruído, bem como o reembolso das Despesas de Contratação.

14.1.4. Na hipótese de redução relevante do interesse legítimo que fundamenta o Seguro, o valor do prêmio será proporcionalmente reduzido, ressalvado, na mesma proporção, o direito da Seguradora às Despesas de Contratação.

14.1.5. Quando o contrato de seguro for nulo ou ineficaz, o segurado terá direito à devolução do prêmio, deduzidas as Despesas de Contratação incorridas pela Seguradora, salvo se provado que o vício decorreu de sua má-fé.

14.1.6. Na hipótese de desaparecimento do risco coberto, o Seguro será cancelado, com devolução do prêmio referente ao período ou parcela do risco não decorrido, descontadas as Despesas de Contratação incorridas pela Seguradora.

14.1.7. Presume-se que o seguro contratado é por conta própria do Proponente, salvo quando, em razão das circunstâncias expressamente informadas no Questionário de Avaliação de Risco, a Seguradora tiver ciência de que o seguro é estipulado em favor de terceiro.

14.1.8. Salvo disposição expressa e clara em contrário constante na Apólice, o presente contrato de seguro não será celebrado em favor de terceiro, de modo que o interesse segurado deverá ser próprio do Proponente.

14.1.9. O Proponente é obrigado a declarar, no momento da contratação, qualquer interesse alheio que lhes seja conhecido e que possa ser objeto do seguro, sob pena de nulidade ou resolução do contrato, conforme disposto na legislação aplicável.

14.1.10. Caso haja concorrência de interesses garantidos neste contrato de seguro, prevalecerá a garantia referente ao interesse do Proponente por conta própria.

14.1.11. Deverão ser declarados todos os elementos de que o Proponente tenha conhecimento sobre o interesse e o risco a serem garantidos, necessários à aceitação da proposta e fixação do Prêmio, conforme as regras ordinárias de conhecimento e boa-fé. Essas declarações configurar-se-ão para fins de agravamento do risco como se tivessem sido questionadas pela Seguradora.

14.1.11.1. A omissão ou falsidade dolosa nas informações implicará na perda do direito do Segurado e Beneficiário à Cobertura do seguro, sem prejuízo da cobrança do Prêmio e do ressarcimento das Despesas de Contratação incorridas pela Seguradora.

14.1.11.2. A omissão ou erro culposos acarretará a redução proporcional da Cobertura, conforme a diferença entre o Prêmio pago e o que seria devido com base nas informações corretas.

14.1.11.3. Se as informações omitidas tornarem tecnicamente impossível a Cobertura ou se o Risco não for normalmente aceito pela Seguradora, o seguro será cancelado, mantendo-se a obrigação do Segurado em ressarcir as Despesas de Contratação realizadas pela Seguradora.

14.1.12. Quando o seguro, por sua natureza ou por expressa disposição, for do tipo que exige informações contínuas ou averbações de globalidade de riscos e interesses, a omissão do segurado, desde que comprovada, implicará a perda da garantia, sem prejuízo da dívida do prêmio, ainda que a omissão seja detectada após a ocorrência do sinistro.

14.1.12.1. O segurado poderá afastar a aplicação da sanção de perda da garantia consignando a diferença de prêmio e provando a casualidade da omissão e sua boa-fé.

15. RENOVAÇÃO

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

15.2. Para que a renovação seja efetivada, toda a documentação necessária para a análise do risco deverá ser enviada à Companhia. Com base na avaliação dessas informações, a **Seguradora** definirá os novos termos, condições e valores sob os quais a **Apólice** poderá ou não ser renovada.

15.3. O **Segurado** poderá escolher um novo **Corretor de Seguros** para intermediar a renovação deste **Seguro** caso haja alteração do seu conteúdo.

15.4. Em renovações sucessivas, será obrigatória a concessão pela **Seguradora** do **Período de Retroatividade de Cobertura** 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.

16. PRÊMIO

16.1. Formalizado o contrato de **Seguro**, o **Segurado** se obriga a realizar o pagamento do **Prêmio**.

16.2. O prazo limite para o pagamento do **Prêmio** é a data de vencimento estipulada no documento de cobrança disponibilizado pela **Seguradora**. 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** ou ao seu representante legal, 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.

16.3. EM CASO DE INADIMPLENTO DO SEGURADO EM RELAÇÃO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO, QUANDO PACTUADO À VISTA, OU EM RELAÇÃO AO PAGAMENTO DE SUA PRIMEIRA PARCELA, QUANDO FRACIONADO, A SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O CONTRATO DE SEGURO DE PLENO DIREITO.

16.4. Fracionado o Prêmio, e inadimplente o Segurado com parcela subsequente à primeira, a Seguradora notificará o Segurado ou seu representante legal, ou, mediante solicitação expressa destes, o Corretor de Seguros, para purgação da mora.

a) Recebida a notificação para regularização do(s) pagamento(s) e não purgada a mora no prazo nela indicado, haverá suspensão das coberturas da Apólice desde o vencimento da parcela original não paga.

b) As notificações referentes à mora e suas consequências serão realizadas por qualquer meio idôneo, incluindo, mas não se limitando a aplicações da Seguradora, e-mail, aplicativos de mensagens eletrônicas e outros.

c) Caso o Segurado, o representante legal ou o Corretor, conforme o caso, recuse o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não seja encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo para suspensão da cobertura terá início na data do envio da última notificação.

d) Decorridos 30 (trinta) dias do termo inicial da Suspensão do Seguro, e não tendo sido purgada a mora com seus devidos acréscimos cabíveis, o contrato de seguro estará automaticamente cancelado.

e) Cancelado o Seguro, está a Seguradora liberada integralmente por sinistros e despesas de salvamento ocorridos a partir da data da mora.

16.4.1. No caso da falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o **Período de Vigência** da cobertura será ajustado em função do **Prêmio** efetivamente pago, observada a fração prevista na tabela de prazo curto, a saber:

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

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
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 deve ser adaptadas proporcionalmente ao período pactuado;

16.5. A Seguradora poderá adotar, a qualquer tempo, as medidas legais cabíveis para a cobrança dos Prêmios de seguro em atraso, sem prejuízo da aplicação de outras medidas contratuais previstas para a regularização do pagamento, suspensão ou cancelamento da cobertura.

a) A notificação que informar do inadimplemento do Prêmio conterà, dentre outras disposições, a advertência expressa sobre a possibilidade de execução judicial para cobrança dos valores em atraso, bem como o prazo para regularização do débito antes da adoção de tais medidas.

b) Caso o Segurado recuse o recebimento ou não seja localizado no último endereço informado, o prazo para regularização será contado a partir da data da frustração da notificação.

16.6. 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.

16.7. Quando o pagamento da **Indenização Securitária** acarretar o cancelamento desta **Apólice** em função da exaustão do **Limite Máximo de Garantia**, as parcelas vencidas do **Prêmio** serão consideradas **imediatamente exigíveis** e deverão ser deduzidas do valor da referida **Indenização Securitária**, excluídos os juros de fracionamento.

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

16.9. Em caso de parcelamento do **Prêmio**, não será cobrado valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.

16.10. Na hipótese de cancelamento da **Apólice**, o valor eventualmente devido a título de devolução de **Prêmio** deverá ser atualizado pela variação da taxa SELIC, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da **Seguradora**.

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

16.12. 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.

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

16.14. 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:

- i. No caso de cancelamento da **Apólice**: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da **Seguradora**;
- ii. No caso de recebimento indevido de **Prêmio**: a partir da data de recebimento do **Prêmio**;
- iii. No caso de recusa da **Proposta**: a partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.

16.15. Sempre que a **Seguradora** houver suportado o risco, terá a possibilidade de executar o **Segurado** judicialmente para cobrança do **Prêmio** devido.

17. ALTERAÇÕES DE RISCO

17.1. As seguintes alterações ocorridas durante o Período de Vigência desta Apólice configuram relevante alteração do risco e deverão ser obrigatoriamente comunicadas pelo Segurado, ou por quem representá-lo, à Seguradora, tão logo delas tome conhecimento, para reanálise do risco e eventual estabelecimento de novas bases da Apólice:

- a) Correção ou alteração dos dados da Apólice, inclusive aqueles relacionados com as características do risco coberto;
- b) Inclusão e exclusão de Coberturas;
- c) Alteração da razão social do Segurado;
- d) Alteração da atividade profissional exercida pelo Segurado ou assunção de responsabilidades que não possuam ligação com as informações prestadas no momento da subscrição do risco;
- e) Subcontratação de atividades profissionais do Segurado que não tenham sido informadas no momento da subscrição do risco;
- f) Realização de Prestação de Serviços sem a formalização por meio de contrato, caso a formalização seja a prática informada no momento da subscrição do risco;
- g) Alteração dos sócios, administradores, acionistas e outros diretamente ligados à administração e controle do Segurado;
- h) Aquisição de novas empresas; e
- i) Quaisquer outras circunstâncias que possam significar relevante agravamento do risco. Neste caso, será relevante o agravamento que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco ou da severidade dos efeitos da realização.

17.2. O Segurado deve comunicar à Seguradora relevante agravamento do risco tão logo dele tome conhecimento. Ao ser comunicada, a Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de Prêmio ou, se não for tecnicamente possível garantir o novo risco, resolver o contrato, hipótese em que este perderá efeito em 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação de resolução pelo Segurado.

17.2.1. Na hipótese de resolução, a Seguradora restituirá a eventual diferença de Prêmio, ressalvado, na mesma proporção, seu direito ao ressarcimento das despesas incorridas com a contratação.

17.2.2. Se o Segurado dolosamente descumprir o dever previsto na Cláusula 17.2 perderá o direito à garantia, sem prejuízo da dívida do Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

17.2.3. Se o Segurado culposamente descumprir o dever previsto na Cláusula 17.2 fica obrigado a pagar a diferença de Prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a um tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, o Segurado não fará jus à garantia.

17.3. Caso o aumento do Prêmio, previsto na Cláusula 17.2, seja superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o Segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no Prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

17.4. Em caso de aceitação, a Seguradora providenciará a emissão do documento correspondente, nas condições previamente acordadas entre Segurado e Seguradora.

17.5. Havendo alteração no risco que importe em sua relevante redução, o valor do Prêmio será proporcionalmente reduzido, ressalvado o direito da Seguradora ao ressarcimento das despesas realizadas com a contratação da presente Apólice.

18. HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

18.1. O Segurado perderá o direito a qualquer Indenização Securitária decorrente da presente Apólice quando:

18.1.1. SE O SEGURADO, POR SI OU POR SEU REPRESENTANTE, FIZER DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO, SENDO QUE:

a) Quando as declarações inexatas, incluindo, mas não se limitando aos dados de faturamento e histórico de reclamações, ou omissões ocorrerem de forma dolosa, o Segurado perderá a garantia, sem prejuízo da dívida de Prêmio e da obrigação de ressarcir as Despesas de Contratação efetuadas pela Seguradora; e

b) Quando as declarações inexatas ou omissões ocorrerem de forma culposa, o Segurado terá sua garantia reduzida proporcionalmente à diferença entre o Prêmio pago e o que seria devido caso prestadas inicialmente as informações que foram posteriormente reveladas.

18.1.2. Tiver prévia ciência da prática do Ato Doloso de outrem e não tentar evitá-lo, ficando obrigado ao pagamento do Prêmio e de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

18.1.3. Cometer fraude ou tentativa de fraude por ocasião do Sinistro e do Aviso de Sinistro.

18.1.4. Quando aplicável, deixar de prestar informações contínuas sobre os riscos e interesses garantidos por esta Apólice, mesmo que a omissão seja identificada após a ocorrência do Sinistro, ficando o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio vencido.

18.1.5. Promover modificações no local do Sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao Sinistro de forma dolosa.

18.1.6. Na hipótese de ausência de comunicação de concorrência de apólices, conforme a Cláusula 20.

18.2. O Segurado também perderá o direito à Indenização Securitária, se, ao tomar ciência do Sinistro ou da iminência de seu acontecimento, com o objetivo de evitar prejuízos à Seguradora, dolosamente deixar de:

a) Tomar as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar seus efeitos;

b) Avisar prontamente a Seguradora, por qualquer meio idôneo, e seguir suas instruções para a

contenção ou o salvamento;

c) Prestar todas as informações de que disponha sobre o Sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela Seguradora, conforme Cláusula 6.

18.2.1. Em qualquer das hipóteses acima, configurado o descumprimento doloso, o Segurado, além de perder o direito à garantia, ficará obrigado ao pagamento do Prêmio e a ressarcir as despesas da Seguradora. Se o descumprimento for culposos, o Segurado perderá apenas o direito à Indenização Securitária no valor equivalente aos danos decorrentes da sua omissão.

18.3. O SEGURADO PERDERÁ O DIREITO À GARANTIA, SE AGRAVAR INTENCIONALMENTE E DE FORMA RELEVANTE O RISCO OBJETO DO CONTRATO.

18.3.1. Considera-se relevante o agravamento que resulte em aumento significativo e continuado da probabilidade de ocorrência do risco descrito no questionário de avaliação de risco, ou da severidade de seus efeitos.

18.4. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR, À SEGURADORA, DE FORMA EXPRESSA E IMEDIATA, TODO INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO ASSIM COMO SUAS CIRCUNSTÂNCIAS, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À GARANTIA, SE FOR PROVADO QUE SILENCIOU DOLOSAMENTE, SEM PREJUÍZO DA COBRANÇA DO PRÊMIO E DO RESSARCIMENTO DAS DESPESAS DE CONTRATAÇÃO INCORRIDAS PELA SEGURADORA.

18.4.1. Quando o descumprimento do dever comunicar o relevante agravamento de risco não for doloso, o Segurado fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder à tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, perderá a cobertura.

18.4.2. Considera-se riscos tecnicamente impossíveis de garantia: (i) riscos novos que impliquem em um aumento ou redução do valor segurável igual ou superior a 20% (vinte por cento) da indenização já contratado, (ii) riscos novos que não são da mesma natureza do interesse segurável deste seguro e/ou são de ramos não operados pela Seguradora ou, ainda que operados, não habitualmente negociados pela Seguradora, (iii) riscos novos para os quais a Seguradora não esteja apta a obter, em condições técnicas e comerciais satisfatórias, resseguro e/ou cosseguro e (iv) riscos novos cujo impacto atuarial altere substancialmente as reservas matemáticas da Seguradora.

18.4.3. Recebido o aviso de agravação do risco, a Seguradora, no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data do recebimento do referido aviso, poderá (a) propor a continuidade do contrato e cobrar a diferença do prêmio, ficando o Segurado obrigado ao pagamento da diferença apurada ou (b) o fato corresponder a um tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, não fará jus à garantia.

18.4.4. O Prêmio decorrente do agravamento de risco será calculado conforme metodologia específica prevista na Nota Técnica Atuarial da Seguradora, assegurando-se a aplicação de critérios técnicos, atuariais e estatísticos para a determinação do valor devido.

18.4.5. Caso o aumento do prêmio proposto pela Seguradora seja superior a 10% do valor originalmente pactuado, o Segurado poderá recusar a modificação, solicitando o cancelamento do seguro, no prazo de 15 (quinze) dias contados da ciência da alteração, com efeitos a partir do momento em que o risco foi agravado.

18.4.6. A rescisão em razão o agravamento do risco só será eficaz 30 (trinta dias) após o recebimento do comunicado pelo Segurado, e a diferença do prêmio será restituída pela Seguradora.

18.4.7. Fica desde já excluída, para todos os fins de direito, a anuência tácita da Seguradora quanto ao agravamento de risco comunicado pelo Segurado, sendo necessário, em qualquer hipótese, o

consentimento expresso e por escrito da Seguradora para que se configure sua anuência.

18.4.8. Ocorrido Sinistro, a Seguradora poderá recusar-se a indenizar mediante demonstração do nexo causal entre o relevante agravamento do risco e o Sinistro caracterizado.

18.5. Caso ocorra uma redução relevante do risco segurado, o Segurado poderá solicitar formalmente à Seguradora a revisão do valor do Prêmio, mediante apresentação das informações e documentos comprobatórios que evidenciem a alteração das circunstâncias originalmente contratadas.

18.5.1. Considera-se redução relevante do interesse segurado alteração substancial que impacte diretamente o risco originalmente contratado, conforme avaliação técnica da Seguradora.

18.5.2. Confirmada pela Seguradora a efetiva redução do risco, o valor do Prêmio poderá ser readequado proporcionalmente, observado o direito de retenção pela Seguradora das Despesas de Contratação, com efeitos a partir da data em que a Seguradora tiver tomado conhecimento da solicitação e recebido a documentação completa.

19. INSPEÇÃO

19.1. 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 interrompidos os 25 (vinte e cinco) dias previstos para análise da aceitação do risco, tendo novo início a partir da sua conclusão.

Fica, ainda, acordado que 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. O risco só será avaliado pela **Seguradora** após a execução das providências recomendadas, comprovadas documentalmente pelo **Segurado**.

19.2. Havendo contratação de cobertura provisória e não tendo havido as adequações requeridas neste tempo, a **Seguradora** ficará desobrigada do pagamento de qualquer **Indenização Securitária** ou **Custos de Defesa**, caso ocorra um **Sinistro** relacionado às adequações solicitadas e não realizadas.

19.3. Este **Seguro** não garante a indenização do vício não aparente e não declarado no momento da contratação do **Seguro**, nem seus efeitos exclusivos. A inspeção prévia pela **Seguradora** de riscos relacionados com atividades empresariais não autoriza a presunção de conhecimento do vício.

20. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

20.1. Haverá concorrência de apólices quando a distribuição da garantia segurada for feita entre várias seguradoras pelo segurado, por meio de contratações independentes, sem limitação a uma cota de garantia específica.

20.2. O **Segurado** que, no **Período de Vigência**, 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.

20.3. 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, se não existisse a concorrência de apólices.

20.4. Caso a soma das importâncias seguradas nas apólices cumulativas ultrapasse o valor do interesse segurado, será realizada a redução proporcional da importância segurada de cada contrato, desde que haja

coincidência de garantia entre os seguros acumulados. A redução proporcional não será aplicada aos contratos celebrados com seguradoras que se encontrem insolventes, as quais não serão consideradas para fins de ajuste proporcional da garantia.

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

20.6. Salvo disposição em contrário, a sociedade seguradora que tiver participado com a maior parte da **Indenização Securitária** ficará encarregada de negociar os salvados e repassar a quota-parte, relativa ao produto desta negociação, às demais seguradoras participantes.

20.7. Na hipótese de existência de seguro cumulativo onde a Seguradora venha a indenizar valores referentes à contratos celebrados com outra seguradora insolvente, a Seguradora se sub-rogará nos direitos de crédito do Segurado perante a massa em liquidação ou massa falida da seguradora insolvente.

21. TRANSFERÊNCIA DE APÓLICES

21.1. 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.

21.2. Uma vez fixada **Data de Retroatividade de Cobertura** igual ou anterior à apólice vencida, a sociedade seguradora precedente ficará isenta da obrigatoriedade de conceder **Prazo Adicional**. Porém, se a **Data de Retroatividade de Cobertura**, fixada na nova apólice, for posterior à **Data de Retroatividade de Cobertura** precedente, o **Segurado**, na apólice vencida, terá direito à concessão de **Prazo Adicional**, quando contratado. Neste último caso, a aplicação dos **Prazos Adicionais** ficará restrita à apresentação de **Reclamações de Terceiros** relativos a **Danos** ocorridos no período compreendido entre a **Data de Retroatividade de Cobertura** precedente, inclusive, e a nova **Data de Retroatividade de Cobertura**.

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

22. TRANSFERÊNCIA DE INTERESSES GARANTIDOS

22.1. Na ocorrência de cessão deste contrato de seguro, através da transferência dos interesses garantidos, a Seguradora realizará a análise do novo risco segurado, com consequente alteração das taxas aplicáveis, se for o caso, sem aplicação de bonificações, taxaões e outras vantagens personalíssimas do **Segurado** cedente.

22.2. A cessão deste contrato de seguro não será eficaz se não for comunicada à **Seguradora** nos 30 (trinta) dias posteriores à transferência do interesse garantido.

22.2.1. A **Seguradora** poderá, no prazo de 15 (quinze) dias contados da comunicação da cessão do contrato de seguro pelo Segurado cedente, resolver o contrato, com tal resolução produzindo efeitos após 15 (quinze) dias do recebimento da notificação pelo Segurado cedente.

22.2.2. Rescindido o contrato, nos termos do item 22.2.1, o **Segurado** fará jus à devolução proporcional do **Prêmio** e a **Seguradora** terá o direito às **Despesas de Contratação** incorridas.

22.2.3. Se a cessão deste contrato de seguro implicar no aumento relevante do risco pelo cessionário ou se o cessionário não preencher os requisitos exigidos pela técnica de seguro, dependerá da anuência prévia da Seguradora.

22.2.4. A ausência de anuência prévia implicará na resolução do contrato com a devolução proporcional do

Prêmio ao Segurado e a retenção das Despesas de Contratação incorridas pela Seguradora.

23. CANCELAMENTO

23.1. O **Seguro** será cancelado quando:

23.1.1. Não houver o pagamento do respectivo **Prêmio**, nas circunstâncias descritas na Cláusula 16 – “**Prêmio**”.

23.1.2. For apurado que o **Segurado**, seu representante legal ou **Corretor de Seguros**, no momento da avaliação do risco, ainda que culposamente, não apresentou informações importantes à **Seguradora** que se caracterizem como um interesse ou risco que não é subscrito pela **Seguradora**, ou cuja garantia é tecnicamente impossível.

23.1.3. Houver cessão do interesse garantido sem anuência da **Seguradora** e o cessionário exercer atividade capaz de aumentar de forma relevante o risco subscrito ou não preencher os requisitos exigidos pela técnica de seguro, na forma da Cláusula 22.

23.1.4. O **Segurado** não comunicar a **Seguradora** sobre a cessão do **Seguro** no prazo de 30 (trinta) dias contados da transferência do interesse garantido.

23.1.5. O interesse garantido por este **Seguro** for extinto ou o risco desaparecer, implicando na redução proporcional do **Prêmio** em razão do período que não haverá **Cobertura**, ressalvado o direito da **Seguradora** em relação às despesas realizadas com a contratação desta **Apólice**.

23.1.6. Quando a **Indenização Securitária** ou a série de **Indenizações Securitárias** pagas atingirem o **Limite Máximo de Indenização** para as **Coberturas** especificamente discriminadas e/ou atingir o **Limite Máximo de Garantia** expressamente estabelecido nesta **Apólice**.

23.1.7. 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”.

23.1.8. Por iniciativa do **Segurado**:

a) Caso este não concorde com o aumento do **Prêmio** superior a 10% (dez por cento) em decorrência do agravamento do risco, nos termos da Cláusula 17.3 desta **Apólice**, no prazo de 15 (quinze) dias contados da ciência da alteração do **Prêmio**, ficando o **Seguro** cancelado desde o momento em que o risco foi agravado.

b) A qualquer tempo, obtida a concordância da **Seguradora**, ficando retido o **Prêmio** referente a **Cobertura** decorrida.

23.1.9. Por iniciativa da **Seguradora**:

a) Caso não seja possível garantir o novo risco, em decorrência do seu agravamento, nos termos da Cláusula 17.2 desta **Apólice**, ficando o **Seguro** cancelado após 30 (trinta) dias do recebimento, pelo **Segurado**, de notificação enviada pela **Seguradora** comunicando a resolução do contrato.

b) A qualquer tempo, obtida a concordância da outra parte, ficando retido o valor do **Prêmio** pago proporcional ao tempo de **Cobertura** decorrido, ou seja, calculado na base “pro-rata temporis”.

23.2. Mediante acordo entre as partes, abrangendo quaisquer das Coberturas contratadas, respeitados os Riscos em curso, mediante aviso prévio de 5 (cinco) dias úteis, formulado, por escrito, por qualquer das partes, e observadas as seguintes condições: em caso de rescisão por iniciativa do Segurado ou da Seguradora, o Segurado fará jus à devolução proporcional do Prêmio correspondente ao tempo a decorrer e a Seguradora terá o direito às Despesas de Contratação incorridas.

24. SUB-ROGAÇÃO

24.1. Pelo pagamento da **Indenização Securitária**, cujo recibo valerá como instrumento de cessão de direitos, a **Seguradora** ficará sub-rogada em todos os direitos e ações do **Segurado** contra aqueles que por ato, fato ou omissão, tenham causado as **Perdas** indenizadas ou para elas tenham concorrido, sem implicar prejuízo a qualquer direito remanescente do **Segurado** contra esses sujeitos.

24.2. A Seguradora não poderá se valer do instituto da subrogação contra o Segurado.

24.3. Exceto nos casos de **Dolo** ou **Culpa Grave**, a sub-rogação não tem lugar se **Ato Danoso** for causado pelo cônjuge/companheiro ou parentes até o segundo grau, consanguíneos ou por afinidade, do segurado ou do beneficiário, assim como empregados ou pessoas sob a responsabilidade do segurado.

24.4. Quando o culpado pelo sinistro for garantido por seguro de responsabilidade civil, é admitido o exercício do direito de sub-rogação contra a seguradora que o garantir.

24.5. É ineficaz qualquer ato do **Segurado** que diminua ou extinga, em prejuízo da **Seguradora**, os direitos a que se refere esta cláusula, ficando o **Segurado** obrigado a colaborar no exercício dos direitos derivados da sub-rogação, respondendo pelos prejuízos que causar à **Seguradora**.

24.6. O Segurado que não colaborar com a Seguradora ou praticar atos ou omissões em detrimento dela responderá pelos prejuízos a que der causa, cabendo-lhe:

- a) Informar prontamente a Seguradora das comunicações recebidas que possam gerar reclamação futura;
- b) Fornecer os documentos e outros elementos a que tiver acesso e que lhe forem solicitados pela Seguradora;
- c) Comparecer aos atos processuais para os quais for intimado;
- d) Abster-se de agir em detrimento dos direitos e das pretensões da Seguradora;
- e) Obter a anuência prévia da Seguradora para firmar qualquer acordo com terceiros lesados.

24.7. Serão considerados prejuízos causados pelo Segurado, em razão de não colaboração com a Seguradora ou prática de atos em detrimento da Seguradora:

- i. Quaisquer valores relativos a quaisquer perdas cuja exaustiva apuração e cuja investigação de ocorrência e extensão tenha sido prejudicada total ou parcialmente pela falta de colaboração ou pela prática de atos ou omissões em detrimento da Seguradora; e
- ii. Quaisquer valores relativos ao incremento ou potencial incremento supostamente indenizável decorrente da falta de colaboração ou da prática de atos ou omissões em detrimento da Seguradora.

24.8. A Seguradora poderá celebrar transação com os prejudicados, o que não implicará reconhecimento de responsabilidade do Segurado nem prejudicará aqueles a quem é imputada a responsabilidade.

25. ATRIBUIÇÃO DO CORRETOR

25.1. O **Corretor de Seguros** será o único responsável por assegurar a efetiva entrega ao destinatário de todos os documentos, informações e dados relacionados à contratação e execução do seguro, nos termos da legislação vigente, especialmente no que se refere ao prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis para essa entrega.

25.2. Fica expressamente eximida a **Seguradora** de qualquer responsabilidade, direta ou indireta, por eventuais atrasos, falhas, omissões ou descumprimentos dessa obrigação pelo Corretor de Seguros.

25.3. O **Corretor** responderá integralmente pelos prejuízos, sanções e eventuais reclamações que decorram do não cumprimento dessa obrigação, isentando a seguradora de qualquer demanda ou responsabilidade relacionada a esse aspecto.

26. COSSEGURO

26.1. Na hipótese de cosseguro, cada **Seguradora** do painel emitirá **Apólice** de mesmo conteúdo, com cada qual sendo responsável pela sua cota da garantia subscrita.

26.2. Serão identificadas em todas as **Apólices** emitidas qual é a seguradora líder do cosseguro, com tal disposição não implicando qualquer responsabilidade solidária ou subsidiária de uma **Seguradora** com relação à quota subscrita pela outra.

26.3. A Seguradora líder, no exercício das atribuições previstas no contrato de cosseguro, comunicará às demais cosseguadoras todas as demandas judiciais propostas contra si, promovendo a respectiva notificação judicial ou extrajudicial no prazo legal.

26.4. Caso a Seguradora líder não cumpra com o dever previsto acima, ela será obrigada a ressarcir os custos e as perdas e danos sofridos pela cosseguadora não notificada, assim como será obrigada a pagar uma multa não indenizatória no valor de 10% (dez por cento) da Importância Segurada total do cosseguro.

26.5. A gestão e a administração do contrato de cosseguro pela Seguradora líder dependerão de comunicação e aprovação prévia das demais cosseguadoras ou apenas a maioria de votos do painel de cosseguadoras, desde que tal procedimento não contrarie a legislação vigente.

26.5.1. Não há solidariedade entre as cosseguadoras, arcando cada uma exclusivamente com sua cota de garantia, salvo previsão contratual diversa.

27. CLÁUSULA DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

27.1. Fica expressamente pactuada a taxa SELIC (Sistema Especial de Liquidação e de Custódia), para a atualização, quando couber, de todos os valores contratados e de eventuais importâncias a serem pagas, devolvidas ou complementadas, observadas as disposições específicas de cada cláusula deste contrato.

27.2. No caso de extinção da taxa SELIC, será utilizado, como índice substituto, aquele definido pelo Conselho Monetário Nacional - CMN como índice de preços relacionado às metas de inflação.

27.3. As partes poderão optar por outro índice de atualização monetária, desde que autorizado pelos órgãos competentes, devendo tal disposição constar nas Condições Particulares.

27.4. Os valores devidos, pelas Seguradoras, a título de devolução de prêmios, sujeitam-se à atualização monetária, conforme definido abaixo:

- i. No caso de **Cancelamento** do contrato, os valores de **Prêmio** serão exigíveis a partir da data do recebimento da solicitação de **Cancelamento** ou a data do efetivo **Cancelamento**, se o mesmo ocorrer por iniciativa da **Seguradora**;
- ii. No caso de recebimento indevido de **Prêmio** pela **Seguradora**, os valores serão exigíveis a partir da data do recebimento do **Prêmio**;
- iii. Na hipótese de não cumprimento do prazo disposto no subitem 13.5. para a recusa da **Proposta**, o valor devido será atualizado monetariamente a partir da data da formalização da recusa, aplicando-se, ainda, juros moratórios contados a partir do décimo primeiro dia.

27.5. Os valores das indenizações sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva da taxa SELIC, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a partir da data de vencimento do primeiro aluguel não pago, independente de notificação ou interpelação judicial. O não pagamento da **Indenização** nestes prazos, implicará aplicação de juros de mora a partir das datas de vencimento dessa exigibilidade, sem prejuízo de sua atualização.

27.6. A atualização de que trata esta cláusula será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

27.7. Sem prejuízo de sua atualização, aplicam-se juros moratórios aos valores das obrigações não cumpridas no prazo estipulado.

27.8. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

28. CLÁUSULA DECLARATÓRIA

28.1. Quando o **Período de Retroatividade de Cobertura** 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 Cobertura**, de quaisquer fatos ou atos que poderiam dar origem, no futuro, a uma **Reclamação** garantida pelo **Seguro**.

28.2. Esta declaração será exigida tanto na contratação inicial de uma **Apólice à Base de Reclamações**, quando acordado **Período de Retroatividade de Cobertura** 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 de Cobertura** do **Seguro** transferido.

29. FORO

Fica estabelecido que as questões judiciais entre **Segurado** e **Seguradora** serão dirimidas no foro do domicílio do **Segurado ou Beneficiário**, salvo se estes ajuizarem ação optando pelo domicílio da **Seguradora** ou de seus agentes.

30. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles previstos em lei.

31. DISPOSIÇÕES FINAIS

31.1. A aceitação deste **Seguro** estará sujeita à análise do risco.

31.2. O presente **Seguro** deve ser interpretado e executado por todas as partes envolvidas segundo a boa-fé.

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

31.4. 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.

31.5. O **Segurado** poderá consultar as condições do **Seguro** no site www.susep.gov.br por meio do nº do processo administrativo de registro junto à Autarquia, constante nas notas de rodapé deste documento.

31.6. O **Segurado**, seu representante legal, ou, se o caso, seu **Corretor de Seguros** são obrigados a agir com lealdade e boa-fé e a prestar informações completas e verídicas sobre o risco garantido por esta **Apólice**, desde o momento de formação até a execução do presente contrato de **Seguro**.

31.7. Se o presente contrato envolver **Corretor de Seguros**, este é responsável pela efetiva entrega de todos os documentos necessários ao **Segurado** ou ao seu representante legal no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis ou em outro prazo hábil caso seja conhecido o iminente perecimento do direito do **Segurado**.

31.8. O registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados poderá ser realizado pelo sítio eletrônico www.consumidor.gov.br.

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

31.10. 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 na Cláusula 17 - "Alteração do Risco" destas Condições Gerais.

31.11. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE HONORÁRIOS RETIDOS

Mediante a cobrança de **Prêmio** adicional e respeitando o **Limite Máximo de Indenização** estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**, fica entendido e acordado que a presente Condição Especial garantirá os valores não recebidos pelo **Segurado**, a título de remuneração, honorários, comissão ou forma similar de pagamento decorrente de sua **Prestação de Serviços**, quando:

- a) 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
- b) O **Segurado** deixar de cobrar o **Terceiro**, se este confirmar, por escrito, que não irá ingressar com **Reclamação** em esfera administrativa, judicial ou arbitral em face do **Segurado** em razão de algum **Dano** por ele cometido e cujos efeitos sejam cobertos por esta **Apólice**.

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

Para tanto, a presente **Apólice** passa a vigorar acrescida com as seguintes informações nas Condições Gerais:

1. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Em adição aos elementos e documentos exigidos para a **Regulação de Sinistro** elencados na Cláusula “6.9” das Condições Gerais e as eventuais inclusões e ajustes realizados pelas Condições Especiais, também deverão ser encaminhados os seguintes documentos, sempre que aplicáveis:

- i. Documento comprobatório dos valores devidos pelo **Terceiro** ao **Segurado** por conta da **Prestação de Serviços** realizada;
- ii. Documento comprobatório da retenção de pagamento realizada pelo **Terceiro**, acompanhada da devida justificativa para tanto;
- iii. Cálculos demonstrativos da margem de lucro do **Segurado** e respectivas taxas e impostos; e
- iv. Confirmação por escrito do **Terceiro** de que não ingressará com **Reclamação** em face do **Segurado**.

Ressalva-se que outros documentos podem vir a ser solicitados para a **Regulação de Sinistro**, caso necessário, na forma da Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Os demais termos e condições da presente Apólice, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE CUSTOS DE DEFESA DE CALÚNIA, INJÚRIA E DIFAMAÇÃO

Mediante a cobrança de **Prêmio** adicional e respeitando o **Limite Máximo de Indenização** estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**, fica entendido e acordado que a presente Condição Especial garantirá a **Cobertura** dos custos decorrentes dos **Custos de Defesa** envolvendo **Reclamações** de **Terceiros** que entendam que o **Segurado**, no desempenho da **Prestação de Serviços** contratados, praticou algum ato de calúnia, injúria ou difamação.

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

Caso o **Segurado** seja condenado, ao final, por **Ato Doloso**, a **Seguradora** deverá ser reembolsada dos valores pagos a título de **Custos de Defesa**, devidamente atualizados pelo índice previsto nesta **Apólice**, desde a data do desembolso.

Para tanto, a presente **Apólice** passa a vigorar acrescida com as seguintes informações nas Condições Gerais:

1. RISCOS EXCLUÍDOS**1.1. RACISMO, INJÚRIA RACIAL, ASSÉDIO SEXUAL, IMPORTUNAÇÃO SEXUAL, ABUSO SEXUAL, ABUSO MORAL OU ABUSO FÍSICO.**

Toda e qualquer condenação ou prejuízos financeiros, além de **Custos de Defesa**, decorrentes de cometimento de racismo ou outro tipo de discriminação, injúria racial, assédio sexual, importunação sexual, abuso sexual, abuso moral, abuso psicológico ou abuso físico.

2. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Em adição aos elementos e documentos exigidos para a **Regulação de Sinistro** elencados na cláusula "6.9" das Condições Gerais e as eventuais inclusões e ajustes realizados pelas Condições Especiais, também deverão ser encaminhados os seguintes documentos, sempre que aplicáveis:

- i. Documento comprobatório da injúria, calúnia ou difamação cometida pelo **Segurado** no curso da **Prestação de Serviço**;
- ii. Cópia da instauração do inquérito criminal contra o **Segurado**;
- iii. Ação judicial intentada pelo **Terceiro** contra o **Segurado**;
- iv. Contratos advocatícios e outros documentos relacionados aos custos para sua defesa judicial.

Ressalva-se que outros documentos podem vir a ser solicitados para a **Regulação de Sinistro**, caso necessário, na forma da Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Os demais termos e condições da presente Apólice, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.

CONDIÇÃO ESPECIAL - DANOS À REPUTAÇÃO (GERENCIAMENTO DE CRISES)

Mediante à cobrança de **Prêmio** adicional e respeitando o **Limite Máximo de Indenização** estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**, fica entendido e acordado pela presente Condição Especial que, caso o **Segurado** sofra algum **Dano** reputacional decorrente de sua **Prestação de Serviços**, a **Apólice** cobrirá, exclusivamente, as **despesas necessárias com a 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.**

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

Caso o **Segurado** seja condenado, ao final, por **Ato Doloso**, a **Seguradora** deverá ser reembolsada dos valores pagos a título dos **Custos** desta **Cobertura**, devidamente atualizados pelo índice previsto nesta **Apólice**, desde a data do desembolso.

Para tanto, a presente **Apólice** passa a vigorar acrescida com as seguintes informações nas Condições Gerais:

1. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Em adição aos elementos e documentos exigidos para a **Regulação de Sinistro** elencados na cláusula “6.9” das Condições Gerais e as eventuais inclusões e ajustes realizados pelas Condições Especiais, também deverão ser encaminhados os seguintes documentos, sempre que aplicáveis:

- i. Documentos que comprovem os danos à reputação do **Segurado**; e
- ii. Documentos que comprovem os prejuízos reclamados.

Ressalva-se que outros documentos podem vir a ser solicitados para a **Regulação de Sinistro**, caso necessário, na forma da Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Os demais termos e condições da presente Apólice, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE PAGAMENTOS SUPLEMENTARES

Mediante a cobrança de **Prêmio** adicional e respeitando o **Limite Máximo de Indenização da Cobertura de Custos de Defesa**, estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**, fica entendido e acordado que a presente Condição Especial garantirá a **Cobertura** para as despesas incorridas pelo **Segurado** se ele necessitar comparecer a audiências de julgamento, oitivas e outros procedimentos de âmbito judicial cível, arbitral e mediação, e eventuais prejuízos financeiros do **Segurado** para atendimento destes eventos, **desde que**:

a) Os custos sejam em decorrência de uma **Reclamação** que já tenha sido comunicada à **Seguradora** e esteja em processo de **Regulação** e **Liquidação de Sinistro**.

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

Caso o **Segurado** seja condenado, ao final, por **Ato Doloso**, a **Seguradora** deverá ser reembolsada dos valores pagos a título de **Custos de Defesa**, devidamente atualizados pelo índice previsto nesta **Apólice**, desde a data do desembolso.

Para tanto, a presente **Apólice** passa a vigorar acrescida com as seguintes informações nas Condições Gerais:

1. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Em adição aos elementos e documentos exigidos para a **Regulação de Sinistro** elencados na cláusula "6.9" das Condições Gerais e as eventuais inclusões e ajustes realizados pelas Condições Especiais, também deverão ser encaminhados os seguintes documentos, sempre que aplicáveis:

- i. Intimação do **Segurado** para comparecimento a um dos expedientes mencionados nesta Cláusula Particular;
- ii. Documento comprobatório dos prejuízos sofridos e/ou despesas incorridas pelo **Segurado** para comparecer a um dos expedientes mencionados nesta Cláusula Particular.

Ressalva-se que outros documentos podem vir a ser solicitados para a **Regulação de Sinistro**, caso necessário, na forma da Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Os demais termos e condições da presente Apólice, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA EXTENSIVA PARA A PESSOA JURÍDICA

Mediante a cobrança de **Prêmio** adicional e respeitando o **Limite Máximo de Indenização** estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**, fica entendido e acordado que a presente Condição Especial garante a extensão de **Cobertura** para os casos em que o **Segurado** pessoa física 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 esta, nos termos dos riscos cobertos da presente **Apólice**, desde que:

- a) O Dano seja decorrente de procedimentos realizados pelo **Segurado**; e
- b) O **Segurado** seja o sócio da empresa.

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

Caso o **Segurado** seja condenado, ao final, por **Ato Doloso**, a **Seguradora** deverá ser reembolsada dos valores pagos a título de **Custos de Defesa**, devidamente atualizados pelo índice previsto nesta **Apólice**, desde a data do desembolso.

Para tanto, a presente **Apólice** passa a vigorar acrescida com as seguintes informações nas Condições Gerais:

1. RISCOS EXCLUÍDOS**1.1. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS REALIZADA POR OUTRO SÓCIO OU PESSOA**

Reclamações decorrentes de **Prestação de Serviços** realizada diretamente por outro sócio ou outra pessoa que não o **Segurado**.

2. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Em adição aos elementos e documentos exigidos para a **Regulação de Sinistro** elencados na cláusula "6.9" das Condições Gerais e as eventuais inclusões e ajustes realizados pelas Condições Especiais, também deverão ser encaminhados os seguintes documentos, sempre que aplicáveis:

- i. Cópia do contrato de **Prestação de Serviços** ou outro documento similar, firmado entre a empresa do **Segurado** e o **Terceiro**;
- ii. Documentos que evidenciem a **Prestação de Serviços** pela empresa, por meio do **Segurado**;
- iii. Documentos societários que demonstrem que o **Segurado** é sócio da empresa envolvida no **Sinistro**.

Ressalva-se que outros documentos podem vir a ser solicitados para a **Regulação de Sinistro**, caso necessário, na forma da Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Os demais termos e condições da presente **Apólice**, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.

CONDIÇÃO ESPECIAL - DANOS A DOCUMENTOS DE CLIENTES

Mediante à cobrança de **Prêmio** adicional e respeitando o **Limite Máximo de Indenização** estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**, fica entendido e acordado que a presente Condição Especial garante os **gastos e despesas necessários para a restituição e reparação de documento(s) cliente(s) do Segurado, caso ocorra a perda ou Dano do(s) mesmo(s), no desempenho de suas funções e, desde que, tal (is) documento(s) esteja(m) legalmente sob a sua posse.**

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

Caso o **Segurado** seja condenado, ao final, por **Ato Doloso**, a **Seguradora** deverá ser reembolsada dos valores pagos a título de **Custos de Defesa**, devidamente atualizados pelo índice previsto nesta **Apólice**, desde a data do desembolso.

Para tanto, a presente **Apólice** passa a vigorar acrescida com as seguintes informações nas Condições Gerais:

1. RISCOS EXCLUÍDOS**1.1. AÇÃO GRADUAL**

Reclamações decorrentes de Danos causados pela ação gradual de temperatura, umidade, infiltração e vibração, contaminação e vazamento de qualquer natureza.

1.2. DANOS CAUSADOS POR DESGASTE NATURAL, AÇÃO DE ANIMAIS OU CIRCUNSTÂNCIA FORA DO CONTROLE DO SEGURADO

Reclamações decorrentes de danos causados ao(s) documento(s) em razão do seu uso ou do seu desgaste natural, por ação de traça, cupim ou outros animais, ou por qualquer circunstância que esteja fora do controle do Segurado.

2. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Em adição aos elementos e documentos exigidos para a **Regulação de Sinistro** elencados na cláusula “6.9” das Condições Gerais e as eventuais inclusões e ajustes realizados pelas Condições Especiais, também deverão ser encaminhados os seguintes documentos, sempre que aplicáveis:

- i. Comprovante de entrega do(s) documento(s) pelo Terceiro ao Segurado ou outro meio que prove que tal(is) documento(s) estava(m) legalmente na posse do Segurado por ocasião da Prestação de Serviços;
- ii. Contrato de Prestação de Serviços celebrado entre Segurado e Terceiro que justifique o compartilhamento do(s) documento(s);
- iii. Documento comprobatório da perda, dano, extravio, furto ou roubo do(s) documento(s), com indicação da data em que ocorreu;
- iv. Em caso de perda ou extravio, o Segurado tenha procedido com a busca prévia e diligente pelo(s) documento(s), apresentando os documentos comprobatórios dessa busca;
- v. Em caso de roubo ou furto, cópia do Boletim de Ocorrência Policial registrado, informando com detalhes o(s) item(ns) roubado(s) ou furtado(s) e as circunstâncias envolvidas; e
- vi. Documento comprobatório dos gastos e despesas necessários para a restituição e reparação de tal(is) documento(s).

Ressalva-se que outros documentos podem vir a ser solicitados para a **Regulação de Sinistro**, caso necessário, na forma da Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Os demais termos e condições da presente Apólice, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE ATOS INTENCIONAIS DE COLABORADORES E/OU EMPREGADOS

Mediante a cobrança de **Prêmio** adicional e respeitando o **Limite Máximo de Indenização** estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**, fica entendido e acordado que a presente Condição Especial garante o pagamento integral de **Indenizações Securitárias** devidas a título de **Dano Material** ou **Dano Moral**, 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, **desde que atendidas às seguintes disposições abaixo:**

- a) Os atos desonestos ou fraudulentos sejam decorrentes de conduta dolosa ou de má-fé do **Empregado**, que não tenham sido autorizados ou consentidos, expressa ou implicitamente, pelo **Segurado**;
- b) O **Empregado** seja demitido por justa causa de suas funções no **Segurado**;
- c) Os atos desonestos ou fraudulentos estejam diretamente relacionados à **Prestação de Serviço** do respectivo **Empregado** ao **Terceiro**; e
- d) Haja a apresentação de **Reclamação** do **Terceiro** ao **Segurado** requerendo reparação de **Dano** coberto pela presente Cláusula.

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

Para tanto, a presente **Apólice** passa a vigorar acrescida com as seguintes informações nas Condições Gerais:

1. RISCOS EXCLUÍDOS**1.1. ATOS DESONESTOS OU FRAUDULENTOS DOS EMPREGADOS QUE NÃO DECORRAM DIRETAMENTE DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DO SEGURADO**

Reclamações decorrentes de atos desonestos ou fraudulentos dos **Empregados** que não decorram diretamente da **Prestação de Serviço** da área da saúde do **Segurado**.

1.2. ATOS DESONESTOS OU FRAUDULENTOS DOS EMPREGADOS NO EXERCÍCIO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL DIVERSA

Reclamações decorrentes de atos desonestos ou fraudulentos dos **Empregados** no exercício de atividade profissional diversa da qual tenha sido contratado pelo **Segurado** ou que não possua licença emitida pela entidade de classe competente para exercê-la.

1.3. Fica revogada a exclusão “5.16. Atos intencionais de colaboradores e/ou empregados”, das Condições Gerais.

2. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Em adição aos elementos e documentos exigidos para a **Regulação de Sinistro** elencados na cláusula “6.9” das Condições Gerais e as eventuais inclusões e ajustes realizados pelas Condições Especiais, também deverão ser encaminhados os seguintes documentos, sempre que aplicáveis:

- i. Documento comprobatório da contratação do **Empregado** pelo **Segurado**, como Carteira de trabalho, contrato de prestação de serviços ou outros;
- ii. Documento comprobatório do desligamento por justa causa do **Empregado** envolvido no ato desonesto

ou fraudulento; e

iii. Documento comprobatório do ato desonesto ou fraudulento cometido pelo **Empregado do Segurado**.

Ressalva-se que outros documentos podem vir a ser solicitados para a **Regulação de Sinistro**, caso necessário, na forma da Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Os demais termos e condições da presente Apólice, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE OMISSÃO DE SOCORRO

Mediante a cobrança de **Prêmio** adicional e respeitando o **Limite Máximo de Indenização** estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**, fica entendido e acordado que a presente Condição Especial garantirá **Cobertura** para os custos decorrentes dos **Custos de Defesa** 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.

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

Caso o **Segurado** seja condenado, ao final, por **Ato Doloso**, a **Seguradora** deverá ser reembolsada dos valores pagos a título de **Custos de Defesa**, devidamente atualizados pelo índice previsto nesta **Apólice**, desde a data do desembolso.

Para tanto, a presente **Apólice** passa a vigorar acrescida com as seguintes informações nas Condições Gerais:

1. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Em adição aos elementos e documentos exigidos para a **Regulação de Sinistro** elencados na cláusula “6.9” das Condições Gerais e as eventuais inclusões e ajustes realizados pelas Condições Especiais, também deverão ser encaminhados os seguintes documentos, sempre que aplicáveis:

- i. Documento comprobatório da omissão de socorro cometida pelo **Segurado**;
- ii. Cópia da instauração do inquérito criminal contra o **Segurado**;
- iii. Ação judicial intentada pelo **Terceiro** contra o **Segurado**;
- iv. Contratos advocatícios e outros documentos relacionados aos custos para sua defesa judicial.

Ressalva-se que outros documentos podem vir a ser solicitados para a **Regulação de Sinistro**, caso necessário, na forma da Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Os demais termos e condições da presente Apólice, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Mediante a cobrança de **Prêmio** adicional e respeitando o **Limite Máximo de Indenização** estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**, fica entendido e acordado que a presente Condição Especial garantirá **Cobertura** caso o **Segurado** seja envolvido em demanda judicial decorrente de alegada infecção hospitalar, nos termos das definições vigentes emitidas pela **ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)**, contraída por paciente(s) sob sua responsabilidade. A **Cobertura** da presente Condição Especial engloba os **Custos de Defesa** do **Segurado** e eventuais condenações que lhe sejam imputadas.

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

Caso o **Segurado** seja condenado, ao final, por ser este um **Ato Doloso**, a **Seguradora** deverá ser reembolsada dos valores pagos a título de **Custos de Defesa**, devidamente atualizados pelo índice previsto nesta **Apólice**, desde a data do desembolso.

Para tanto, a presente **Apólice** passa a vigorar acrescida com as seguintes informações nas Condições Gerais:

1. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Em adição aos elementos e documentos exigidos para a **Regulação de Sinistro** elencados na cláusula “6.9” das Condições Gerais e as eventuais inclusões e ajustes realizados pelas Condições Especiais, também deverão ser encaminhados os seguintes documentos, sempre que aplicáveis:

- i. Documento comprobatório da infecção hospitalar causada pelo **Segurado**, incluindo, mas sem se limitar a laudos e eventuais evidências fotográficas;
- ii. Cópia da instauração processo judicial movido contra o **Segurado**;
- iii. Contratos advocatícios e outros documentos relacionados aos custos para sua defesa judicial.

Ressalva-se que outros documentos podem vir a ser solicitados para a **Regulação de Sinistro**, caso necessário, na forma da Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Os demais termos e condições da presente Apólice, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE CHEFE DE EQUIPE OU DIRETOR MÉDICO

Mediante a cobrança de **Prêmio** adicional e respeitando o **Limite Máximo de Indenização** estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**, fica entendido e acordado que presente Condição Especial garantirá que as condições deste **Seguro** sejam estendidas ao **Segurado**, na condição de **Chefe de Equipe** médica, **Diretor Clínico** médico, preceptor ou posição similar, quando este for envolvido em **Reclamação** de **Danos** causados a **Terceiros**, decorrentes da **Prestação de Serviços** praticados por sua equipe e/ou outro profissional sob sua responsabilidade.

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

Caso o **Segurado** seja condenado, ao final, por ser este um **Ato Doloso**, a **Seguradora** deverá ser reembolsada dos valores pagos a título de **Custos de Defesa**, devidamente atualizados pelo índice previsto nesta **Apólice**, desde a data do desembolso.

Para tanto, a presente **Apólice** passa a vigorar acrescida com as seguintes informações nas Condições Gerais:

1. RISCOS EXCLUÍDOS**1.1. ATOS DE GESTÃO**

Reclamações decorrentes de atos de gestão exercidos pelo Segurado, na qualidade de Chefe de Equipe ou Diretor Clínico, que não tenham causado Danos a Terceiros.

2. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Em adição aos elementos e documentos exigidos para a **Regulação de Sinistro** elencados na cláusula “6.9” das Condições Gerais e as eventuais inclusões e ajustes realizados pelas Condições Especiais, também deverão ser encaminhados os seguintes documentos, sempre que aplicáveis:

- i. Documento comprobatório da posição de chefia ou liderança exercida pelo **Segurado**, inclusive contrato de prestação de serviços, carteira de trabalho ou outro documento relacionado;
- ii. Documento que comprove que a equipe ou o profissional causador do **Dano** estava sob sua responsabilidade no momento do evento;
- iii. Documento que comprove a subordinação do(s) profissional(is) ao **Segurado**.

Ressalva-se que outros documentos podem vir a ser solicitados para a **Regulação de Sinistro**, caso necessário, na forma da Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Os demais termos e condições da presente Apólice, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE INFECÇÃO CONTRAÍDA NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Mediante a cobrança de **Prêmio** adicional e respeitando o **Limite Máximo de Indenização** estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**, fica entendido e acordado que a presente Condição Especial garantirá **Cobertura** 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 **ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)**, contraída por paciente(s) sob sua responsabilidade. A **Cobertura** da presente Condição Especial engloba os **Custos de Defesa** do **Segurado** e eventuais condenações que lhe sejam imputadas.

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

Caso o **Segurado** seja condenado, ao final, por ser este um **Ato Doloso**, a **Seguradora** deverá ser reembolsada dos valores pagos a título de **Custos de Defesa**, devidamente atualizados pelo índice previsto nesta **Apólice**, desde a data do desembolso.

Para tanto, a presente **Apólice** passa a vigorar acrescida com as seguintes informações nas Condições Gerais:

1. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Em adição aos elementos e documentos exigidos para a **Regulação de Sinistro** elencados na cláusula “6.9” das Condições Gerais e as eventuais inclusões e ajustes realizados pelas Condições Especiais, também deverão ser encaminhados os seguintes documentos, sempre que aplicáveis:

- i. Documento comprobatório da infecção causada pelo **Segurado**;
- ii. Cópia da instauração processo judicial movido contra o **Segurado**;
- iii. Contratos advocatícios e outros documentos relacionados aos custos para sua defesa judicial.

Ressalva-se que outros documentos podem vir a ser solicitados para a **Regulação de Sinistro**, caso necessário, na forma da Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Os demais termos e condições da presente Apólice, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA PARA CHEFE DE EQUIPE OU DIRETOR ODONTOLÓGICO

Mediante a cobrança de **Prêmio** adicional e respeitando o **Limite Máximo de Indenização** estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**, fica entendido e acordado que presente Condição Especial garantirá que as condições deste **Seguro** estender-se-ão ao **Segurado**, na condição de **Chefe de Equipe** odontológica, **Diretor Clínico** odontológico, preceptor ou posição similar, quando este for envolvido em **Reclamação de Danos** causado a **Terceiros**, decorrentes da **Prestação de Serviços** praticados por sua equipe e/ou outro profissional sob sua responsabilidade.

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

Caso o **Segurado** seja condenado, ao final, por ser este um **Ato Doloso**, a **Seguradora** deverá ser reembolsada dos valores pagos a título de **Custos de Defesa**, devidamente atualizados pelo índice previsto nesta **Apólice**, desde a data do desembolso.

Para tanto, a presente **Apólice** passa a vigorar acrescida com as seguintes informações nas Condições Gerais:

1. RISCOS EXCLUÍDOS**1.1. ATOS DE GESTÃO**

Reclamações decorrentes de atos de gestão exercidos pelo Segurado, na qualidade de Chefe de Equipe ou Diretor Clínico, que não tenham causado Danos a Terceiros.

2. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Em adição aos elementos e documentos exigidos para a **Regulação de Sinistro** elencados na cláusula “6.9” das Condições Gerais e as eventuais inclusões e ajustes realizados pelas Condições Especiais, também deverão ser encaminhados os seguintes documentos, sempre que aplicáveis:

- i. Documento comprobatório da posição de chefia ou liderança exercida pelo **Segurado**, inclusive contrato de prestação de serviços, carteira de trabalho ou outro documento relacionado;
- ii. Documento que comprove que a equipe ou o profissional causador do **Dano** estava sob sua responsabilidade no momento do evento;
- iii. Documento que comprove a subordinação do(s) profissional(is) ao **Segurado**.

Ressalva-se que outros documentos podem vir a ser solicitados para a **Regulação de Sinistro**, caso necessário, na forma da Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Os demais termos e condições da presente Apólice, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.

CONDIÇÃO ESPECIAL - DANOS A EXAMES E LAUDOS DE PACIENTES

Mediante à cobrança de **Prêmio** adicional e respeitando o **Limite Máximo de Indenização** estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**, fica entendido e acordado que a presente Condição Especial garante os **gastos e despesas necessários para a restituição e reparação de exames (s) e/ou laudo(s) de cliente(s) do Segurado, caso ocorra a perda ou Dano do(s) mesmo(s), no desempenho de suas funções e, desde que, tal (is) documento(s) esteja(m) legalmente sob a sua posse.**

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

Caso o **Segurado** seja condenado, ao final, por ser este um **Ato Doloso**, a **Seguradora** deverá ser reembolsada dos valores pagos a título de **Custos de Defesa**, devidamente atualizados pelo índice previsto nesta **Apólice**, desde a data do desembolso.

Para tanto, a presente **Apólice** passa a vigorar acrescida com as seguintes informações nas Condições Gerais:

1. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Em adição aos elementos e documentos exigidos para a **Regulação de Sinistro** elencados na cláusula “6.9” das Condições Gerais e as eventuais inclusões e ajustes realizados pelas Condições Especiais, também deverão ser encaminhados os seguintes documentos, sempre que aplicáveis:

- i. Documentos que demonstrem os danos nos exames e/ou laudos e o motivo de não poderem ser utilizados; e
- ii. Orçamentos para reparação dos exames e/ou laudos e/ou realização de novos exames.

Ressalva-se que outros documentos podem vir a ser solicitados para a **Regulação de Sinistro**, caso necessário, na forma da Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Os demais termos e condições da presente Apólice, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.

CONDIÇÃO PARTICULAR - COBERTURA PARA ASSOCIADOS

Mediante a cobrança de **Prêmio** adicional e respeitando o **Limite Máximo de Indenização** estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**, fica entendido e acordado que os Associados da Empresa Segurada, listados abaixo, serão considerados **Segurados** e estarão amparados por **Reclamações** decorrentes da prestação de seus serviços profissionais, conforme atividade determinada na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**, 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:

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

Caso o **Segurado** seja condenado, ao final, por ser este um **Ato Doloso**, a **Seguradora** deverá ser reembolsada dos valores pagos a título de **Custos de Defesa**, devidamente atualizados pelo índice previsto nesta **Apólice**, desde a data do desembolso.

Para tanto, a presente **Apólice** passa a vigorar com as seguintes alterações das Condições Gerais:

1. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Em adição aos elementos e documentos exigidos para a **Regulação de Sinistro** elencados na cláusula “6.9” das Condições Gerais e as eventuais inclusões e ajustes realizados pelas Condições Especiais, também deverão ser encaminhados os seguintes documentos, sempre que aplicáveis:

- i. Documento comprobatório da condição de associado; e
- ii. Documento que comprove a **Prestação de Serviços** em nome do **Segurado**, com a descrição das atividades executadas no momento da ocorrência do **Ato Danoso**.

Ressalva-se que outros documentos podem vir a ser solicitados para a **Regulação de Sinistro**, caso necessário, na forma da Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Os demais termos e condições da presente Apólice, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.

CONDIÇÃO PARTICULAR - COBERTURA PROFISSIONAL PARA CIRURGIÃO PLÁSTICOS

Mediante a cobrança de **Prêmio** adicional e respeitando o **Limite Máximo de Indenização** estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**, fica entendido e acordado que a presente Condição Especial garantirá a **Cobertura** dos custos decorrentes dos **Custos de Defesa** envolvendo **Reclamações** de **Terceiros** contra o **Segurado**, no desempenho da **Prestação de Serviços de Cirurgia Plástica** e eventuais condenações que lhe sejam imputadas.

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

Caso o **Segurado** seja condenado, ao final, por ser este um **Ato Doloso**, a **Seguradora** deverá ser reembolsada dos valores pagos a título de **Custos de Defesa**, devidamente atualizados pelo índice previsto nesta **Apólice**, desde a data do desembolso.

Para tanto, a presente **Apólice** passa a vigorar acrescida com as seguintes informações nas Condições Gerais:

1. DEFINIÇÕES

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Realização de trabalhos por profissionais de Medicina, na qualidade de **Médico Cirurgião Plástico**, reconhecidos 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, será considerada como Prestação de Serviço exclusivamente aquela diretamente relacionada às atividades identificadas na Especificação.**

MÉDICO CIRURGIÃO PLÁSTICO: Profissional formado em Medicina, devidamente reconhecido por e registrado em seu **Conselho de Classe** para a realização de atividades relacionadas à manutenção e restauração da saúde, tais como, prevenção e cura de doenças humanas, especializado na realização de procedimentos e, reconhecido título para exercer cirurgias plásticas.

2. FRANQUIA E/OU PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS)

2.1. Para abertura de Sinistro, haverá a aplicação de uma Franquia, a qual consiste em um montante descrito na **Especificação do seguro contratado**.

2.2. Os **Segurados** que optarem por utilizar a rede referenciada disponibilizada pela **Seguradora**, nos termos da cláusula 6.4.1., não pagarão **Franquia** para acionar advogados e peritos. Haverá aplicação de **Franquia** apenas para os casos de **Indenização Securitária** determinada em juízo, na realização de acordos judiciais ou extrajudiciais, bem como em quaisquer outros tipos de demandas indenizatórias que impactem a **Seguradora**.

2.3. 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 ou perito escolhido com relação a qualquer abertura de **Sinistro** ou quaisquer outros tipos de demandas indenizatórias que impactem a **Seguradora**.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. CASOS DE INSATISFAÇÃO

Reclamações decorrentes de qualquer caso de insatisfação, por parte do Terceiro, com resultados decorrentes de quaisquer cirurgias plásticas. Esses casos de insatisfação não serão considerados Dano Estético e não se enquadram nas definições de Danos cobertos.

3.2. NÃO MEMBRO DA SBCEP

Procedimentos realizados por profissional que não seja membro ativo da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica [SBCP].

3.3. PROFISSIONAL SEM RQE

Procedimentos realizados por profissional que não tenha Registro de Qualificação de Especialista [RQE] para atuação como cirurgião plástico, emitido pelo Conselho Regional de Medicina [CRM].

3.4. MAIS DE 3 SINISTROS EM 5 ANOS

Procedimentos realizados por profissional que não que tenha contratado a apólice tendo mais que 3 processos ou acordos extrajudiciais indenizados, nos últimos 5 anos.

3.5. NÃO UTILIZAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E CONTRATO

Procedimentos realizados por profissional que não faça uso de termo de consentimento informado individualizado para cada cirurgia e contrato de prestação de serviços.

4. PROGRAMA DE DESCONTOS

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

4.2. Para tal, o **Segurado** deve ter se envolvido, nos últimos 5 anos, em até 3 ocasiões passíveis de **Sinistro**, sendo esses considerados ativos ou não no momento da contratação/renovação desta **Apólice**. 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	35%
2	20%
3	0%

4.3. Em caso de conclusão do processo durante a vigência da apólice, o **segurado está obrigado a comunicar** à Seguradora para emissão de endosso para a cobrança do devido prêmio que gerou o desconto na contratação.

Variação de Processos Indenizados	Agravo sobre o prêmio pago
De nenhum para 1	15%
De 1 para 2	15%
De 2 para 3	20%
De 3 para 4	100%

5. RENOVAÇÃO

Ao ser realizada a renovação do **Segurado**, uma nova leitura da tabela indicada na cláusula 5.2 será realizada,

com a atualização do prêmio de acordo com a situação atual de **Sinistros** comunicados pelo **Segurado**.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. Em adição aos elementos e documentos exigidos para a **Regulação de Sinistro** elencados na cláusula “6.9” das Condições Gerais e as eventuais inclusões e ajustes realizados pelas Condições Especiais, também deverão ser encaminhados os seguintes documentos, sempre que aplicáveis:

- i. Contrato de **Prestação de Serviços**, firmado com **Terceiro**, se houver;
- ii. Registro profissional do **Segurado** junto ao seu **Conselho de Classe**;
- iii. **Reclamação** apresentada por **Terceiro** contra o **Segurado**;
- iv. Documentos relacionados ao **Fato Gerador** que originou a **Reclamação**;
- v. Eventuais exames, receita médica, laudo médico, perícia, fotos, vídeos relacionados ao fato gerador;
- vi. Resumo da ocorrência do **Sinistro**, detalhando o **Fato Gerador** que originou a **Reclamação**;
- vii. Documentos referentes às eventuais **Custos de Defesa** e os **Pedidos de Ressarcimento**;
- viii. Documentos que comprovem o vínculo entre o profissional envolvido no **Sinistro** e o **Segurado**.

Ressalva-se que outros documentos podem vir a ser solicitados para a **Regulação de Sinistro**, caso necessário, na forma da Cláusula 6ª das Condições Gerais.

6.2. 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**.

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

Os demais termos e condições da presente Apólice, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.

CONDIÇÃO PARTICULAR - EXTENSÃO DO PERÍODO DE RETROATIVIDADE PÓS PRAZO ADICIONAL DA CONGÊNERE

Mediante a cobrança de **Prêmio** adicional e respeitando o **Limite Máximo de Indenização** estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**, fica entendido e acordado que a presente Condição Especial garantirá a **Cobertura** dos custos decorrentes dos **Custos de Defesa** envolvendo **Reclamações** de **Terceiros** contra o **Segurado**, em período de retroatividade pós prazo adicional da Seguradora anterior e eventuais condenações que lhe sejam imputadas.

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

Caso o **Segurado** seja condenado, ao final, por ser este um **Ato Doloso**, a **Seguradora** deverá ser reembolsada dos valores pagos a título de **Custos de Defesa**, devidamente atualizados pelo índice previsto nesta **Apólice**, desde a data do desembolso.

Para tanto, a presente **Apólice** passa a vigorar acrescida com as seguintes informações nas Condições Gerais:

1. A presente cobertura adicional garante a cobertura do período de retroatividade da última apólice vigente na seguradora anterior à contratação do seguro nesta seguradora, após o fim do prazo adicional, desde que:

1.1. O Segurado tenha tido em outra Cia Seguradora, apólice à base de Reclamação de Responsabilidade Civil Profissional para Médicos, Dentistas e outros Profissionais da Saúde com o objetivo de amparar as mesmas atividades seguradas desta apólice e desde que:

a) A contratação nesta Seguradora tenha acontecido de forma sequenciada à última apólice, sem quebra de vigência; e

b) O prazo adicional da apólice imediatamente anterior na outra Seguradora seja igual ou superior a 12 (doze) meses; e

c) O Segurado não tenha perdido o direito ao prazo adicional na outra Seguradora por inadimplência, esgotamento do limite da apólice ou qualquer outro motivo.

2. Para fins de cobertura, fica entendido que:

2.1. As reclamações decorrentes fatos ou atos ocorridos no período de retroatividade assumido por esta seguradora, mas que ainda estejam dentro do prazo adicional, deverão ser comunicadas na última apólice emitida pela outra Seguradora. Em hipótese alguma, esta seguradora será responsável por reclamações que estejam dentro do prazo adicional da Cia anterior.

2.2. A partir do término do prazo adicional da Seguradora anterior, este seguro assumirá a totalidade do Período de Retroatividade concedido na última Apólice contratada junto à outra Seguradora, de forma automática, referente às reclamações relacionadas às coberturas, atividades e especialidades existentes na apólice precedente, desde que sejam as mesmas especialidades contratadas no seguro da atual Seguradora.

2.3. Para novas coberturas, atividades e especialidades, a retroatividade será igual ao início de vigência da data de contratação junto a esta Seguradora, não se aplicando a extensão de retroatividade.

2.4. Em hipótese alguma, esta seguradora será responsável por reclamações relacionadas a fatos ou atos conhecidos pelo Segurado no momento da contratação da primeira apólice nesta Seguradora.

3. Em caso de sinistro, referente às reclamações de fatos ou atos ocorridos durante o período de retroatividade, após o prazo adicional da Seguradora anterior, será necessário o envio das seguintes

documentações para a regulação do sinistro:

3.1. Apólice da Seguradora anterior, com a devida especificação, se aplicável, para a comprovação de:

- a) Vigência ininterrupta; e
- b) Retroatividade; e
- c) Prazo adicional.

4. 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, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.

CONDIÇÃO PARTICULAR - COBERTURA DE RESPONSABILIDADE CIVIL CIBERNÉTICA E PROTEÇÃO DE DADOS

Mediante a cobrança de **Prêmio** adicional e respeitando o **Limite Máximo de Indenização** estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**, fica entendido e acordado que a presente Cláusula Particular estenderá a Cobertura para Danos, decorrente de **Evento Cibernético**, garantidos pelo Seguro, e atribuídos por Terceiros pretensamente prejudicados à responsabilidade do Segurado.

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

Caso o **Segurado** seja condenado, ao final, por ser este um **Ato Doloso**, a **Seguradora** deverá ser reembolsada dos valores pagos a título de **Custos de Defesa**, devidamente atualizados pelo índice previsto nesta **Apólice**, desde a data do desembolso.

Para tanto, a presente **Apólice** passa a vigorar acrescida com as seguintes informações nas Condições Gerais:

1. DEFINIÇÕES

FATO GERADOR: Qualquer acontecimento que produza **Danos**, decorrente de **Evento Cibernético**, garantidos pelo **Seguro**, e atribuídos por **Terceiros** pretensamente prejudicados à responsabilidade do **Segurado**, desde que este acontecimento tenha ocorrido durante o **Período de Vigência** ou durante o **Período de Retroatividade**, quando aplicável.

2. OBJETO DO SEGURO

Esta **Apólice** de seguro abrange coberturas básicas nos termos da **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro** para **Perdas Indenizáveis** reclamadas por **Terceiros** e/ou para **Prejuízos e Despesas de um Evento Cibernético** sofridos pelo próprio **Segurado**.

O objeto da presente **Apólice** é o pagamento ao **Segurado** de valor equivalente aos **Prejuízos e Despesas de um Evento Cibernético** descoberto durante o **Período de Vigência**.

3. COBERTURAS DO SEGURO

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

3.1. COBERTURA BÁSICA (FIRST PARTY) – CUSTOS DE RESPOSTA A INCIDENTES E INVESTIGAÇÃO

A Seguradora, mediante prévio consentimento e em conformidade com requisitos legais, pagará ao Segurado os custos razoáveis e necessários incorridos pelo Segurado resultantes de um incidente cibernético real ou suspeito para que um especialista investigue e estabeleça a causa do incidente cibernético. Esta cobertura está sublimitada a 50% do Limite Máximo de Indenização estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**.

3.2. COBERTURA BÁSICA (FIRST PARTY) – CUSTOS DE REPARAÇÃO

Se como consequência do Evento Cibernético no Ambiente Computacional do Segurado sejam constatados danos aos Dados Digitais ali armazenados e a Seguradora, mediante prévio consentimento e em conformidade com requisitos legais, pagará ao Segurado os Prejuízos e Despesas de um evento Cibernético equivalentes aos Custos de Reparação dos Dados Digitais com base no último *backup* realizado. A restauração de dados deve ser realizada exclusivamente pelo provedor de serviços de incidentes nomeado. Esta cobertura está sublimitada a 50% do Limite Máximo de Indenização estabelecido na **Apólice** ou **Especificação** do **Seguro**.

3.3. COBERTURA BÁSICA (FIRST PARTY) – CUSTOS DE PERÍCIA E AVALIAÇÃO

Na ocorrência de Evento Cibernético no Ambiente Computacional do Segurado a Seguradora, mediante prévio consentimento e em conformidade com requisitos legais, pagará ao Segurado os Prejuízos e Despesas equivalentes aos Custos de Perícia e Avaliação do Ambiente Computacional do Segurado. Essa indenização visa possibilitar que um especialista devidamente designado conduza uma investigação aprofundada para determinar a causa do incidente, desde que:

a) A avaliação seja conduzida exclusivamente pelo provedor de serviços de incidentes designado para tal finalidade, excluindo a possibilidade de ser realizada por um técnico não especializado.

3.4. COBERTURA ADICIONAL (FIRST PARTY) – EXTORSÃO CIBERNÉTICA (RANSOMWARE)

No caso de ocorrência de um Evento Cibernético, onde o Ambiente Computacional do Segurado seja comprometido por acesso não autorizado de terceiros utilizando uma ameaça credível para cometer um ato malicioso com o intuito de extorquir financeiramente o Segurado, a Seguradora pagará ao Segurado, com o seu consentimento prévio e de acordo com os requisitos legais, quaisquer custos razoáveis e necessários para solucionar uma extorsão cibernética. No entanto, esta apólice não cobre, em nenhuma circunstância, o pagamento de valores demandados como resgate (Ransomware). desde que:

- a) O Segurado comunique a Extorsão Cibernética às autoridades competentes; e
- b) O Segurado não divulgue a existência desta cobertura, exceto se tal lhe for exigido por lei.

Esta cobertura está sublimada a 30% do Limite Máximo de Indenização estabelecido na **Apólice ou Especificação do Seguro**.

3.5. COBERTURA BÁSICA (FIRST PARTY) – CUSTOS DE DEFESA

Se como consequência de um Fato Gerador o Segurado sofrer uma Reclamação a Seguradora, mediante prévio consentimento e em conformidade com requisitos legais, adiantará ao Segurado os Custos de Defesa devidamente comprovados.

3.6. COBERTURA BÁSICA (THIRD PARTY) – RESPONSABILIDADE POR VIOLAÇÃO DE SEGURANÇA DE DADOS DIGITAIS

Se como consequência de um Fato Gerador o Segurado sofrer uma Reclamação de Terceiros e/ou Empregados por Violação de Segurança de Dados Digitais do Ambiente Computacional do Segurado e/ou da Nuvem a Seguradora, mediante prévio consentimento e em conformidade com requisitos legais, pagará ao Segurado as Perdas Indenizáveis.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Para fins dessa cobertura, em adição ou substituição das disposições das Condições Gerais e Especiais aplicam-se as seguintes exclusões:

4.1. ATO DOLOSO

Reclamações resultantes, baseadas ou atribuíveis à Ato Ilícito Doloso ou Culpa Grave equiparável ao dolo:

- a) Atribuído ao Segurado.
- b) Cometido ou alegadamente cometido pelo Segurado.
- c) Com conivência auxílio favorecimento ou tolerância do Segurado.

A presente cláusula somente será aplicada no caso de decisão final judicial ou arbitral, confissão do Segurado, inclusive em acordos.

4.2. MULTAS E PENALIDADES

Multas ou Penalidades de qualquer natureza impostas ao Segurado e a Terceiros, incluindo as multas impostas em decorrência do não cumprimento das normas estabelecidas pelo Conselho de Padrões de Segurança PCI (*Payment Card Industry*).

4.3. GUERRA E TERRORISMO

Este seguro não cobre qualquer perda, dano, responsabilidade, custo ou despesa de qualquer tipo, direta ou indiretamente ocasionados por, ocorridos através de ou em consequência de:

- i. Guerra, incluindo atos de inimigos estrangeiros, hostilidades ou operações que equivalem a atos de guerra, declarados ou não, guerra civil, invasão, insurreição, rebelião, revolução ou golpe; ou
- ii. Guerra cibernética.

A guerra cibernética é definida como a utilização de um ambiente computacional por ou em nome de um Estado soberano para perturbar, negar, degradar, manipular ou destruir informações num sistema informático de ou em outro Estado.

A atribuição de uma ação de guerra cibernética a um Estado soberano será determinada com base em provas objetivamente razoáveis como, por exemplo:

- i. Declarações de um governo impactado, de um Estado soberano ou de outra autoridade;
- ii. Declarações de organismos internacionais amplamente reconhecidos (tais como as Nações Unidas) ou alianças (tais como a Organização do Tratado do Atlântico Norte).

4.4. DANOS FÍSICOS, MORAIS, MATERIAIS E ESTÉTICOS

Reclamações resultantes, baseadas ou atribuíveis à resultante de Danos Físicos a Pessoa, Danos Estéticos, Danos Morais e qualquer Dano Material, de fato ou alegado, ou destruição de qualquer propriedade tangível, inclusive a perda de uso.

4.5. INFRAESTRUTURA

Perdas e danos provocados por:

- i. Falhas mecânicas;
- ii. Falhas elétricas incluindo interrupções, cortes ou apações de qualquer porte; falhas dos sistemas de telecomunicações; de serviços de internet, satélite, cabo eletricidade, gás, água ou qualquer outro prestador de serviço público;
- iii. Baixo desempenho de equipamentos ou de mal funcionamento da infra-estrutura do segurado;
- iv. Ausência dos softwares e/ou aplicações protecionais instalados no(s) dispositivo(s) afetado(s) ou causadores do evento cibernético ambiente computacional do segurado;
- v. Não atualização dos softwares e/ou aplicações protecionais instalados no(s) dispositivo(s) afetado(s) ou causadores do evento cibernético ambiente computacional do segurado;
- vi. Ausência de política de utilização de senhas para acesso aos dispositivo(s) e ambiente computacional do segurado.
- vii. Utilização de réplicas de softwares e sistemas operacionais sem suporte e reconhecimento do fabricante original;
- viii. Ausência de instalação dos pacotes de ajuste (“patches”) disponibilizados pelo fabricante

original.

4.6. QUEBRA DE PROPRIEDADE INTELECTUAL

Reclamações resultantes, baseadas ou com o fundamento em roubo, furto ou qualquer infração de direitos autorais, títulos, slogans, patentes, marcas registradas de qualquer espécie, segredos comerciais ou industriais.

5. ALTERAÇÕES DE RISCO

5.1. O segurado é obrigado a cumprir as seguintes obrigações de segurança:

- a) Gerar backups regulares dos dados com a frequência mínima semanal,
- b) Instalar, manter permanentemente ativado e automaticamente atualizado um software anti malware profissional adequado para todos os sistemas de computador,
- c) Proteger todos os sistemas de computador e a rede de computadores contra eventos cibernéticos de forma adequada e regularmente atualizada:
 - i. Senhas fortes;
 - ii. Configurações de sistema; e
 - iii. Firewalls.
- d) Aplicar e documentar correções de segurança para todos os softwares e/ou firmwares segurados sob esta apólice durante todo o período da apólice dentro de 30 dias após a disponibilidade da correção de segurança. Caso o segurado não cumpra com essas obrigações de segurança, a seguradora tem o direito de recusar qualquer pagamento ao segurado no caso de um evento cibernético. No entanto, a seguradora não recusará o pagamento ao segurado caso o segurado prove que a não conformidade com as obrigações de segurança acima não foi intencional nem negligente. Da mesma forma, a Seguradora não recusará o pagamento ao Segurado caso o Segurado prove que o evento cibernético não foi causado ou agravado pela não conformidade com as obrigações de segurança acima.

6. GLOSSÁRIO

AMBIENTE COMPUTACIONAL DO SEGURADO: É um ambiente lógico composto de hardware e software, controlado por sistemas operacionais, incluindo estações de trabalho, servidores, equipamentos de rede, notebooks e demais Recursos Computacionais Móveis, de propriedade do Segurado ou operado por ele.

ATO MALICIOSO: Qualquer ato não autorizado ou ilegal com intenção de obter acesso ou divulgar Dados Digitais do Ambiente Computacional do Segurado por meio de uso de qualquer Sistema Computacional.

CUSTOS DE PERÍCIA E AVALIAÇÃO: Despesas necessárias para contratação de especialistas de tecnologia da informação para a avaliação das fragilidades que possibilitaram o Evento Cibernético no Ambiente Computacional do Segurado.

CUSTOS REPARAÇÃO: Custo relacionado a contratação de especialista em tecnologia com o objetivo de buscar a restauração dos Dados Digitais armazenados em Ambiente Computacional do Segurado e danificados em razão do Evento Cibernético. Os Custos de Reparação se limitam a buscar a recuperação das condições pré-existentes ao comprometimento do Ambiente Computacional do Segurado.

DADOS DIGITAIS: Dados Pessoais e Informações Confidenciais, em um Ambiente Computacional e/ou programas de computador, aplicativos e/ou similares.

DADOS PESSOAIS: Qualquer informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável, tais como, mas não se limitando a, nome completo, número de telefone com DDD, número de cadastro de contribuinte,

número de previdência social, número da carteira de habilitação, número de passaporte, número de conta bancária, número de cartão de crédito, número de cartão de débito, código de acesso ou senha que permitam acesso à conta bancária dessa pessoa física, informações locais ou identificadores eletrônicos, quando estes estiverem relacionados a uma pessoa física, ou qualquer outra informação que permita a identificação de uma pessoa física.

EVENTO CIBERNÉTICO: Atos Maliciosos, Malware, erro humano que impacte o Ambiente Computacional.

INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS: São aquelas que não estão disponíveis publicamente.

INVESTIGAÇÃO REGULATÓRIA: Significa qualquer procedimento investigatório, inquérito ou audiência formal ou oficial, que envolvam diretamente o Segurado e que possam resultar em uma Reclamação no futuro, quando conduzida por um Órgão Governamental e sempre que o Segurado:

- a) Tiver obrigatoriamente que comparecer;
- b) Seja identificado por escrito pela autoridade investigatória como alvo de uma audiência, investigação ou inquérito, indicando claramente Evento Cibernético específico cometido pelo Segurado.

MALWARE: Software malicioso projetado para se infiltrar e prejudicar o Ambiente Computacional. Para fins desta definição, Malware não significa Phishing.

NUVEM: Serviço contratado direta e formalmente pelo Segurado para hospedagem, tratamento de Dados Pessoais em seu nome e armazenamento de Dados Digitais em servidores de terceiros exclusivamente acessados através de conexão via internet.

PERDA POR EXTORSÃO CIBERNÉTICA: Significa qualquer:

- a) Custo relacionado a uma investigação com o objetivo de determinar a fragilidade no Ambiente Computacional do Segurado que propiciou a sua invasão.
- b) Custo relacionado a contratação do especialista em tecnologia designado pela Seguradora com o objetivo de buscar a restauração do Ambiente Computacional do Segurado.

PHISHING: Significa, para fins de Apólice, tipo de engenharia social que necessariamente se utiliza de links falsos para sites falsos na internet projetados para coletar dados pessoais dentro do referido site falso. Tais links são comumente enviados por e-mail, SMS, WhatsApp ou similares. Para fins desta definição, Phishing não significa Malware.

PREJUÍZOS E DESPESAS DE UM EVENTO CIBERNÉTICO: Custos e despesas decorrentes de Evento Cibernético no Ambiente Computacional do Segurado descobertas durante o período de Vigência da Apólice e delimitados nas coberturas básicas e adicionais contratadas e indicadas na Especificação.

RECURSOS COMPUTACIONAIS MÓVEIS: São os computadores portáteis do Segurado. Enquadram-se nessa categoria notebooks, smartphone, tablet, etc. Acrescentam-se também a esses recursos todas as mídias de leitura e/ou de gravação, como CDs, Memory Keys (pen drive) etc.

SISTEMA COMPUTACIONAL: É um ambiente lógico composto de hardware e software, controlado por sistemas operacionais, incluindo estações de trabalho, servidores, equipamentos de rede, notebooks e demais Recursos Computacionais Móveis que não é de propriedade ou controlado pelo Segurado.

VIOLAÇÃO DA SEGURANÇA DE DADOS: Violação de segurança da informação que resulte na destruição acidental ou ilegal, perda, alteração, divulgação não autorizada ou acesso a Dados Digitais que são transmitidas, armazenadas ou processadas no Ambiente Computacional do Segurado.

Os demais termos e condições da presente Apólice, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.

CONDIÇÃO PARTICULAR - COBERTURA DE RESPONSABILIDADE CIVIL PARA CUIDADORES DOMICILIARES (NÃO CLÍNICOS)

Mediante a cobrança de **Prêmio** adicional e respeitando o **Limite Máximo de Indenização** estabelecido na **Apólice** ou **Especificação do Seguro**, fica entendido e acordado que a presente Cláusula Particular tem por objetivo garantir o pagamento dos valores relativos a condenações pecuniárias, acordos e despesas de defesa incorridos em razão de reclamação realizada por terceiros contra o segurado, em decorrência de eventos cobertos pela apólice, relacionados à prestação de serviços pelo segurado como **cuidador domiciliar não clínico**, exclusivamente em atividades de suporte pessoal domiciliar, conforme disposto nesta condição especial.

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

Caso o **Segurado** seja condenado, ao final, por ser este um **Ato Doloso**, a **Seguradora** deverá ser reembolsada dos valores pagos a título de **Custos de Defesa**, devidamente atualizados pelo índice previsto nesta **Apólice**, desde a data do desembolso.

Para tanto, a presente **Apólice** passa a vigorar acrescida com as seguintes informações nas Condições Gerais:

1. DEFINIÇÕES

CONSELHOS DE CLASSE: Para efeitos desta cláusula, não se exige registro em conselho profissional da saúde, sendo obrigatório que os cuidadores possuam comprovação de curso de formação reconhecido para atuação como cuidador domiciliar, nos termos da legislação vigente, respeitando a limitação às atividades não clínicas.

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Para efeitos desta cláusula, considera-se prestação de serviços exclusivamente a realização de atividades domiciliares de acompanhamento e suporte pessoal, incluindo auxílio em higiene pessoal básica, apoio em alimentação, assistência em mobilidade e companhia, sem envolvimento em atos privativos de profissionais da saúde.

SEGURADO: Para efeitos desta cláusula, refere-se ao contratante da apólice: (i) pessoa física qualificada como cuidador não clínico, devidamente treinada e com comprovação de formação específica; ou (ii) pessoa jurídica prestadora de serviços domiciliares de cuidadores, conforme identificado na **Apólice** ou **Especificação do Seguro**.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

1.1. SERVIÇOS CABÍVEIS A UM PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE

Reclamações decorrentes da administração de medicamentos, realização de procedimentos clínicos, curativos técnicos, terapias medicamentosas, fisioterapia, ou quaisquer outras atividades que requeiram registro em conselho profissional regulamentado.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Em adição aos elementos e documentos exigidos para a **Regulação de Sinistro** elencados na cláusula “6.9” das Condições Gerais e as eventuais inclusões e ajustes realizados pelas Condições Especiais, também deverão ser encaminhados os seguintes documentos, sempre que aplicáveis:

- i. Cópia do contrato de **Prestação de Serviços** ou outro documento similar, firmado entre o **Segurado** e o **Terceiro**;
- ii. Documentos que evidenciem a **Formação do Segurado**;

iii. Documentos que comprovem os danos alegados pelo **Terceiro**.

Ressalva-se que outros documentos podem vir a ser solicitados para a **Regulação de Sinistro**, caso necessário, na forma da Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Os demais termos e condições da presente Apólice, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.

CONDIÇÃO PARTICULAR - COSSEGURO

Esta **Apólice** será operacionalizada pela **Seguradora Líder** indicada na **Apólice** ou **Especificação do Seguro**, com a distribuição de riscos na forma de cosseguro, com prévia anuência do **Segurado** e/ou de seu representante legal, sem solidariedade entre as cosseguradoras, como dispõe os artigos 33 a 35 da Lei nº 15.040/2024, e o artigo 1º, VIII da Resolução CNSP nº 451, de 19/12/2022, ou a que vier a lhe substituir. As cosseguradoras, portanto, responderão com o percentual de sua participação, limitada à importância máxima indicada para cada uma delas na **Apólice** ou **Especificação do Seguro**.

A **Seguradora Líder** deverá administrar o **Seguro** em todas as suas fases e representa as demais cosseguradoras. O **Segurado** se compromete a enviar à **Seguradora Líder** todas as comunicações a ele inerentes, nos termos da **Apólice**.

A **Seguradora Líder** repassará proporcionalmente o **Prêmio** às cosseguradoras e apenas responderá pelo pagamento de qualquer indenização de acordo com sua participação no risco, respeitados o percentual e o valor máximo fixados na **Apólice**.

A **Seguradora Líder** administrará o **Seguro**, representando as demais na formação e na execução do contrato, e as substituirá, ativa ou passivamente, nas arbitragens e nos processos judiciais a ele relacionados. Quando a ação for proposta apenas contra a **Seguradora Líder**, esta deverá, no prazo de sua resposta, comunicar a existência do cosseguro e promover a notificação judicial ou extrajudicial das demais cosseguradoras.

A sentença proferida contra a **Seguradora Líder** fará coisa julgada em relação às demais cosseguradoras, que serão executadas nos mesmos autos.

Não há solidariedade entre as cosseguradoras, arcando cada uma exclusivamente com sua cota de garantia prevista na Apólice ou Especificação do Seguro.

O descumprimento de obrigações entre as cosseguradoras não prejudicará o **Segurado**, o beneficiário ou o **Terceiro**.

As condições contratuais desta **Apólice** aplicam-se a todas as cosseguradoras.

Para os fins deste contrato, será **Seguradora Líder** aquela indicada na **Apólice** ou **Especificação do Seguro**.

O cosseguro será formado pelas seguintes seguradoras:

Seguradora	Cota-parte

Os demais termos e condições da presente **Apólice**, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.

CONDIÇÃO PARTICULAR - APÓLICE DE EXCESSO

Mediante o pagamento do **Prêmio** adicional, fica entendido e acordado que a presente Cláusula Particular, com efeitos a partir das 24:00 horas de **DD/MM/AAAA**, faz parte do contrato de SEGURO DE RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, celebrado entre (**NOME DA SEGURADORA DA APÓLICE PRIMÁRIA**) e (**NOME DO SEGURADO**), com número de Apólice (**INSERIR NÚMERO DA APÓLICE PRIMÁRIA**).

Por força da presente cláusula, as partes acordam o seguinte:

A presente **Apólice** (adiante denominada **Apólice de Excesso**) garantirá a responsabilidade dos **Segurados** em excesso à **Apólice** de SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL nº (**INSERIR NÚMERO DA APÓLICE PRIMÁRIA**), emitida pela (**NOME DA SEGURADORA DA APÓLICE PRIMÁRIA**), adiante denominada **Apólice de Primeiro Risco**.

Em nenhum caso, essa **Apólice de Excesso** concederá uma **Cobertura** mais ampla do que é oferecida nos termos, condições e exclusões da **Apólice de Primeiro Risco**.

A vigência da **Apólice de Excesso** será a mesma da vigência da **Apólice de Primeiro Risco**, de forma que o cancelamento ou anulação por qualquer razão da **Apólice de Primeiro Risco** acarretará automaticamente e da mesma forma o cancelamento ou anulação da **Apólice de Excesso**.

Será condição desta **Apólice de Excesso** que a **Apólice de Primeiro Risco** se mantenha em vigor com os Seguradores e resseguradores solventes durante o **Período de Vigência** da **Apólice de Excesso**.

A garantia desta **Apólice de Excesso** terá efeito enquanto a **Apólice de Primeiro Risco** se mantiver vigente e inalterada em todos os termos durante o **Período de Vigência**, exceto quando houver redução do **Limite Máximo de Garantia** de tal **Apólice de Primeiro Risco** e sempre que tal redução for decorrente exclusivamente do pagamento de uma indenização decorrente de uma **Reclamação** coberta dentro das Condições Contratuais da **Apólice de Excesso**.

Qualquer alteração nos termos, condições e exclusões da **Apólice de Primeiro Risco** durante o **Período de Vigência** da **Apólice**, deverá ser previamente aprovada pela **Seguradora** da presente **Apólice de Excesso**.

A presente **Apólice de Excesso** atuará em excesso ao **Limite Máximo de Garantia** de R\$ **XXX.XXX.XXX,XX** da **Apólice de Primeiro Risco** e das **Franquias** indicadas na presente **Apólice de Excesso**.

O **Limite Máximo de Garantia** de R\$ **XXX.XXX.XXX,XX** é a quantia máxima que a **Seguradora** se compromete a indenizar no agregado durante o **Período de Vigência** para todas as **Coberturas** e extensões da presente **Apólice de Excesso**.

A **Seguradora** não será responsável pelo pagamento de nenhuma indenização, salvo se e quando a **Seguradora** da **Apólice de Primeiro Risco** tiver pago e admitido responsabilidade ou tenha sido declarada responsável a pagar o **Limite Máximo de Garantia** da **Apólice de Primeiro Risco** indicado na presente Cláusula Particular.

Se durante o **Período de Vigência** da **Apólice**, como consequência do pagamento de uma indenização, o **Limite Máximo de Garantia** da **Apólice de Primeiro Risco**:

- a) Se reduzir parcialmente devido a uma **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 ao **Limite Máximo de Garantia** restante da **Apólice de Primeiro Risco**.
- b) Se esgotar totalmente devido a uma **Reclamação** que tenha sido coberta dentro das condições vigentes da **Apólice de Primeiro Risco**: a presente **Apólice de Excesso** continuará durante o **Período de Vigência** restante, atuando como **Apólice de Primeiro Risco**, sempre sujeita a todos os termos, condições, exclusões e qualquer **Franquia** estabelecidos na presente **Apólice de Excesso**.

No caso de o **Limite Máximo de Garantia da Apólice de Primeiro Risco** estar sujeito, ou incluir um ou vários sublimites para um determinado tipo de **Reclamação** e/ou de **Coberturas** que reduzam ou sejam parte do **Limite Máximo de Garantia da Apólice de Primeiro Risco**, a Cobertura provida por essa **Apólice de Excesso** não será aplicável a tal **Reclamação** e/ou **Coberturas**.

No caso de a **Apólice de Primeiro Risco** incluir garantias com limites excedentes ao **Limite Máximo de Garantia** para um determinado tipo de **Reclamação** e/ou **Coberturas** providas pela **Apólice de Primeiro Risco**, a Cobertura provida por essa **Apólice de Excesso** não será aplicável a essa **Reclamação** e/ou **Coberturas**.

Qualquer **Reclamação** apresentada, ou previamente avisada, contra os **Segurados**, ou a **Notificação** de uma circunstância que possa dar origem a uma **Reclamação** contra os **Segurados**, deverá ser imediatamente comunicada por escrito à **Seguradora**, de acordo com os termos e condições da **Apólice de Excesso**, não importando se os valores envolvidos possam ou não exceder a soma garantida pela **Apólice de Primeiro Risco**.

O **Segurado** fornecerá à **Seguradora** todas as informações disponíveis, referentes a tal **Reclamação** ou circunstância e a **Seguradora** terá direito a indicar avaliadores, assessores, peritos e especialistas para controlar e aprovar as investigações, negociações, reservas e liquidações em relação a tal **Reclamação** ou circunstância, no caso em que a **Reclamação** exceda o **Limite Máximo de Garantia da Apólice de Primeiro Risco**, cabendo exclusivamente a si a regulação e liquidação do **Sinistro** nos valores que excederem a **Apólice de Primeiro Risco**.

O fato de a **Seguradora** não exercer este direito relacionado a qualquer **Reclamação** ou circunstância não constituirá uma renúncia de tal direito em qualquer outra **Reclamação** ou circunstância.

Se, como consequência de uma **Reclamação**, a **Seguradora** tiver que responder pelas **Coberturas** estabelecidas nesta **Apólice de Excesso**, não se incorrerá em nenhum gasto ou não será feita nenhuma transação ou assunção de responsabilidade sem o consentimento prévio por escrito da **Seguradora**, a quem é atribuído, por força de lei, a regulação e liquidação do sinistro que for chamada a cobrir.

Em adição ao previsto pela **Apólice de Excesso**, a **Seguradora** tem os mesmos direitos, privilégios e proteções que os outorgados à empresa seguradora da **Apólice de Primeiro Risco**, conforme os termos e condições da **Apólice de Primeiro Risco**.

Todos os pagamentos recuperados ou recebidos pelo **Segurado** posteriormente ao pagamento de uma indenização por essa **Apólice de Excesso** serão considerados como se tivessem sido recuperados ou recebidos previamente a tal indenização e a **Seguradora** terão direito de realizar todos os ajustes necessários, a título de sub-rogação, entre o **Segurado** e a **Seguradora** para reduzir o valor de responsabilidade da **Seguradora** pelas garantias providas por essa **Apólice de Excesso**.

Os demais termos e condições da presente Apólice, que não tenham sido claramente alterados, permanecem inalterados.