

CONDIÇÕES GERAIS

1. DEFINIÇÕES:

Na presente **Apólice**, as expressões diferenciadas por sua grafia em negrito e itálico e com a letra inicial maiúscula têm os significados determinados na presente cláusula, sempre que empregadas. O emprego de tais expressões no singular inclui o plural e vice-versa.

1.1. Definições comuns a todas as Apólices à base de Reclamações

Apólice à base de Ocorrência: Aquela que define, como objeto do seguro, o pagamento e/ou o reembolso das quantias, respectivamente, devidas ou pagas a terceiros, pelo **Segurado**, a título de reparação de danos, estipuladas por tribunal civil ou por acordo aprovado pela sociedade seguradora, desde que:

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

Apólice à base de Reclamações: Forma alternativa de contratação de seguro de responsabilidade civil, em que se define, como objeto do seguro, o pagamento e/ou o reembolso das quantias, respectivamente, devidas ou pagas a terceiros, pelo **Segurado**, a título de reparação de danos, estipuladas por tribunal civil ou por acordo aprovado pela sociedade seguradora, desde que:

- a) os danos tenham ocorrido durante o período de vigência da **Apólice** ou durante o **Período de Retroatividade** contratualmente previsto; e
- b) o terceiro apresente a **Reclamação** ao **Segurado**:
 - 1) durante a vigência da **Apólice**; ou
 - 2) durante o **Prazo Complementar**, quando aplicável; ou
 - 3) durante o **Prazo Suplementar**, quando aplicável;

Apólice à base de Reclamações com Cláusula de Notificação: Tipo especial de **Apólice à base de Reclamações** que cobre, também, **Reclamações** futuras de terceiros prejudicados, relativas a fatos ou circunstâncias ocorridos entre a **Data Limite de Retroatividade**, inclusive, e o término de vigência da **Apólice**, desde que tenham sido notificados pelo **Segurado**, durante a vigência da **Apólice**.

Data Retroativa de Cobertura ou Data Limite de Retroatividade: 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.

Fato Gerador: Qualquer acontecimento que produza danos, garantidos pelo seguro, e atribuídos, por terceiros pretensamente prejudicados, à responsabilidade do **Segurado**.

Limite Agregado: Valor total máximo indenizável por cobertura no contrato de seguro, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos ou despesas relacionados aos **Sinistros** ocorridos, sendo previamente fixado e estipulado como o produto do **Limite Máximo de Indenização** por um fator superior ou igual a um. Os limites agregados estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicando.

Limite Máximo de Garantia (LMG): Representa o limite máximo de responsabilidade da sociedade seguradora, de estipulação opcional, aplicado quando uma **Reclamação**, ou série de **Reclamações** decorrentes do mesmo **Fato Gerador**, é garantida por mais de uma das

coberturas contratadas. O LMG da **Apólice** é fixado com valor menor ou igual à soma dos **Limites Máximos de Indenização** estabelecidos individualmente para cada cobertura contratada. Na hipótese de a soma das indenizações, decorrentes do mesmo **Fato Gerador**, atingir o LMG, a **Apólice** será cancelada.

Limite Máximo de Indenização por Cobertura Contratada (LMI): Limite máximo de responsabilidade da sociedade seguradora, por cobertura, relativo a **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.

Notificação: É o ato por meio do qual o **Segurado** comunica à sociedade seguradora, por escrito, durante a vigência da **Apólice**, fatos ou circunstâncias, potencialmente danosos, ocorridos entre a **Data Limite de Retroatividade**, inclusive, e o término de vigência da **Apólice**.

Período de Retroatividade de Cobertura: Intervalo de tempo limitado inferiormente pela **Data Limite de Retroatividade**, inclusive, e, superiormente, pela data de início de vigência de uma **Apólice à base de Reclamações**.

Prazo Complementar: Prazo adicional para a apresentação de **Reclamações** ao **Segurado**, por parte de terceiros, concedido, obrigatoriamente, pela sociedade seguradora, sem cobrança de qualquer **Prêmio** adicional, tendo início na data do término de vigência da **Apólice** ou na data de seu cancelamento.

Prazo Suplementar: Prazo adicional para a apresentação de **Reclamações** ao **Segurado**, por parte de terceiros, oferecido, obrigatoriamente, pela sociedade seguradora, mediante a cobrança facultativa de **Prêmio** adicional, tendo início na data do término do **Prazo Complementar**. Esta possibilidade deve ser invocada pelo **Segurado**, de acordo com procedimentos estabelecidos na **Apólice**.

1.2. Definições da Presente **Apólice** (Glossário):

Ambulância: Qualquer veículo terrestre, aquático ou aéreo, especialmente construído ou adaptado para o transporte e atendimento pré-hospitalar a vítimas de emergências médicas, devidamente classificado e homologado pelas **Autoridades Competentes** como tal.

Apólice: É o documento pelo qual a **Seguradora** formaliza por escrito a relação de seguro, estabelecendo os termos e condições pactuados. É composta por frontispício, especificações e condições contratuais, assim como quaisquer formulários, questionários, declarações ou demais documentos pertinentes à relação de seguro, fornecidos pelo **Segurado**, assim como eventuais **Endossos**.

Áreas de Atuação: Delimitação dos **Serviços de Saúde** prestados pelo **Segurado**. Estabelece em que área(s) da saúde o **Segurado** atua enquanto instituição, assim como o âmbito das atividades e dos procedimentos realizados por seus **Colaboradores** e por **Profissionais Externos**. É(são) definida(s) nas Especificações.

Atividade Administrativa: Quaisquer atividades acessórias à prestação de **Serviços de Saúde**, mas que não constituem prestação de **Serviços de Saúde** em si, tais como:

- (i) Processo de faturamento ou cobrança por qualquer **Serviço de Saúde**, inclusive no que tange ao valor cobrado;
- (ii) Exigência de adiantamento, caução ou quaisquer garantias como condição para que sejam prestados quaisquer **Serviços de Saúde**, emergenciais ou não.

- (iii) Exigência de preenchimento de cadastro ou qualquer outro formulário administrativo como condição para que sejam prestados quaisquer **Serviços de Saúde** emergenciais.

Atividades de Planos de Saúde: Quaisquer atividades associadas às operadoras de planos ou seguros de saúde, tais como:

- (i) Valor ou prazo para reembolso ou pagamento de quaisquer **Serviços de Saúde** por uma operadora de planos ou seguros de saúde;
- (ii) Necessidade de obtenção de qualquer autorização, aprovação ou liberação prévia para a realização de quaisquer **Serviços de Saúde** sob um plano ou seguro de saúde;
- (iii) Existência de cobertura ou não, em sua totalidade ou em parte, sob um plano ou seguro de saúde, para qualquer **Serviço de Saúde**, inclusive no que tange a instrumentos, medicamentos, materiais, próteses, equipamentos ou procedimentos a estes associados;
- (iv) Abrangência geográfica, período de carência, data de validade de qualquer plano ou seguro de saúde, assim como o pertencimento ou não da totalidade ou parte das **Dependências** ou dos **Serviços de Saúde** do **Segurado**, à rede associada, credenciada ou referenciada abrangida por qualquer plano ou seguro de saúde.

Atos Profissionais: Série de atos cuja realização é restrita aos profissionais da área da saúde devidamente licenciados, tais como atendimentos, consultas, diagnósticos, exames; visitas, **Manipulação de Medicamentos**, assim como sua prescrição e administração, intervenções, tratamentos, procedimentos clínicos ou cirúrgicos, com o objetivo de prestar socorro e assistência, buscar a cura ou o tratamento de doenças, enfermidades, ferimentos, lesões ou males, aliviar a dor, preservar o bem-estar, a saúde e a vida de seres humanos.

Autoridade Competente: qualquer agência reguladora, autarquia, órgão governamental, conselho profissional ou qualquer outra entidade à qual tenha sido legalmente conferida autoridade para estabelecer normas, padrões ou procedimentos relacionados à prestação de **Serviços de Saúde** e/ou para fiscalizar seu cumprimento. Inclui mas não se limita a: ABNT, Anvisa, Conselhos Regionais, Conselhos Federais, Denatran, Ministérios Públicos.

Aviso de Sinistro: Comunicação formal de uma **Reclamação**.

Bens de Terceiros: Quaisquer bens de propriedade de terceiros, mesmo se pacientes do **Segurado**. Inclui, mas não se limita a artigos de uso pessoal, acessórios ou adornos pessoais, cartões de crédito/débito, cheques, dinheiro, equipamentos de qualquer sorte (como de filmagem, fotografia, informática ou telefonia), joias, pedras ou metais preciosos, peças de vestuário ou veículos.

Colaborador: Qualquer profissional da área da saúde que comprovadamente integre ou tenha integrado o corpo clínico ou o corpo assistencial do **Segurado**, enquanto atuando, em relação ao **Segurado**, na prestação de **Serviços de Saúde** em seu nome, sob sua subordinação, na condição de seu empregado ou preposto, seja sob o regime celetista, profissional liberal, residente, servidor público, cooperado ou qualquer outra relação de trabalho prevista em lei. Não inclui: qualquer profissional da área da saúde enquanto atuando na condição de **Profissional Externo**.

Custos de Defesa: Custos relacionados à defesa, contestação, interposição de recurso, ou demais procedimentos legais em consequência de uma **Reclamação**, observando-se os critérios de necessidade. Inclui, mas não se limita a honorários advocatícios, honorários periciais, custas judiciais, depósitos recursais e demais emolumentos.

Custos de Restituição de Imagem: Custos incorridos, mediante consentimento prévio da **Seguradora**, com a contratação de serviços profissionais de empresas de assessoria de imprensa, publicidade e relações públicas, incluindo o custo da produção e veiculação de

eventuais comunicados, esclarecimentos, ou publicações, com o objetivo de reparar a reputação do **Segurado**, caso esta tenha sido danificada em decorrência da veiculação de artigo, matéria, ou reportagem jornalística associada à uma **Reclamação** coberta pela **Apólice**. Não constituem situações passíveis de restituição de imagem:

- (i) A mera publicação da razão social, nome, nome fantasia, CPF ou CNPJ do **Segurado**, seus **Colaboradores** ou **Profissionais Externos**, associados a uma **Reclamação** em diários oficiais, boletins jurídicos, sítios físicos ou eletrônicos de consulta de andamento de trâmites do judiciário.
- (ii) A veiculação de artigo, matéria, ou reportagem jornalística que não esteja diretamente associada à uma **Reclamação**.

Dependências: local ou os locais onde o **Segurado** presta **Serviços de Saúde**, definidos nas Especificações da presente **Apólice**. Pode abranger desde parte de uma construção, como conjunto, consultório, sala ou suíte até uma ou mais construções, como edifícios, torres, centros ou complexos.

Endosso: documento emitido pela **Seguradora** que formaliza qualquer alteração nos termos e condições originalmente pactuados e formalizados na **Apólice**.

Falha: Qualquer erro, omissão, negligência, imperícia ou imprudência ao longo da prestação de qualquer serviço profissional na área da saúde que cause danos a terceiros.

Intoxicação Alimentar: Quaisquer danos ao paciente em decorrência do consumo de alimentos e bebidas, desde que tenham sido fornecidos diretamente pelo serviço de refeições do **Segurado** e destinados ao paciente, porquanto este permanecer internado ou em tratamento nas **Dependências**. Não abrange qualquer responsabilidade associada a alimentos e bebidas sobre os quais o **Segurado** não exerça controle direto na sua a preparação ou fornecimento, como aqueles adquiridos em lanchonetes, restaurantes, cantinas, quiosques ou máquinas de venda (*vending machines*), mesmo que localizados nas áreas comuns das **Dependências**.

Infecção Hospitalar: Qualquer infecção adquirida após a admissão do paciente nas **Dependências** e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares, nos termos da Portaria 2616/98 da Anvisa.

Manipulação de Medicamentos: Combinação, manipulação ou mistura de medicamentos, produtos farmacêuticos ou outras substâncias de uso medicinal, realizado nas **Dependências** por **Colaboradores** devidamente licenciados para tal, com o objetivo de criar novos medicamentos, medicamentos compostos ou “coquetéis” a serem administrados à pacientes.

Perda: Qualquer importância pecuniária resultante de **Reclamações**, a título de:

- (i) **Custos de Defesa;**
- (ii) Indenizações estabelecidas em ações judiciais transitadas em julgado ou decisões arbitrais finais, a título de compensação por danos corporais, danos materiais ou a perda de uma chance, assim como os danos morais, danos estéticos ou danos existenciais que deles possam emanar;
- (iii) Acordos celebrados na esfera judicial ou extrajudicial, desde que com a anuência prévia e por escrito da **Seguradora;**
- (iv) **Custos de Restituição de Imagem**, desde que com a anuência prévia e por escrito da **Seguradora**.

A presente definição não abarca quaisquer custos da estrutura interna ou administrativa do **Segurado**, tais como a remuneração de colaboradores e/ou prestadores de serviços regulares.

Prêmio: Valor cobrado pela **Seguradora** para assumir os riscos cobertos pelo seguro, nos termos e condições estabelecidos na **Apólice** e eventuais **Endossos**. É o preço do seguro e de suas eventuais alterações.

Profissional Externo: Qualquer profissional da área da saúde, cuja atuação se dê forma autônoma, sem vínculo de emprego, preposição ou subordinação em relação ao **Segurado**, mas que preste **Serviço de Saúde** nas **Dependências**, valendo-se da estrutura do **Segurado** (como centro cirúrgico, centro de terapia intensiva, enfermaria, corpo clínico, corpo assistencial ou hotelaria) na condição de contratante, cessionário, locador ou condição a estas assemelhadas.

Proposta: Documento enviado à **Seguradora** pelo **Segurado**, seu representante legal ou seu corretor de seguros, formalizando o interesse na contratação ou alteração do seguro, evidenciando seus elementos essenciais. Também conhecido como pedido de emissão.

Reclamação: Qualquer uma das situações enumeradas abaixo, desde que decorrentes de **Falhas** na prestação de **Serviços de Saúde**:

- (i) Pedido ou exigência formal por escrito de indenização, remediação ou reparação;
- (ii) Processo, procedimento ou inquérito na esfera judicial, cível ou penal;
- (iii) Processo, procedimento ou inquérito na esfera arbitral;
- (iv) Processo, procedimento ou inquérito na esfera administrativa, inclusive perante **Autoridades Competentes**.

Segurado: Entidade(s) definida(s) nas Especificações da **Apólice**, enquanto prestando **Serviços de Saúde**.

Seguradora: AIG SEGUROS BRASIL S.A, sociedade seguradora devidamente constituída e autorizada a operar no Brasil.

Serviços de Saúde: Refere-se a todo e qualquer serviço na área da saúde, incluindo, individualmente ou em conjunto, qualquer **Ato Profissional, Transporte de Pacientes, Tratamento Domiciliar, Intoxicação Alimentar; ou Infecção Hospitalar**

Sinistro: Concretização de risco potencialmente amparado pela **Apólice**.

Subsidiária: Qualquer sociedade sobre a qual o **Segurado** exerça, diretamente ou por intermédio de outras sociedades, controle efetivo, por possuir direito à maioria dos votos nas deliberações e o poder de eleger e destituir a maioria dos administradores.

Transporte de Pacientes: O transporte e o atendimento emergencial ou pré-hospitalar de pacientes em qualquer trajeto de ou para as **Dependências**, desde que realizado em **Ambulâncias** operadas pelo próprio **Segurado** ou por empresa especializada de transporte emergencial atuando em nome e a serviço exclusivo do **Segurado**. Inclui eventuais primeiros socorros, assistências ou procedimentos emergenciais prestados ao paciente imediatamente antes do embarque na **Ambulância**. Não abrange qualquer dano ou responsabilidade baseada em, causada por, resultante de, ou associada a:

- (i) Qualquer transporte ou atendimento emergencial ou pré-hospitalar prestado em **Ambulâncias** operadas pelo poder público ou por empresa de transporte de pacientes que não esteja comprovadamente atuando em nome e a serviço exclusivo do **Segurado**;
- (ii) Qualquer acidente de trânsito e suas possíveis consequências, mesmo se envolvendo **Ambulâncias** operadas pelo próprio **Segurado** ou a serviço exclusivo deste.

Tratamento Domiciliar: Qualquer **Ato Profissional** que tenha sido prestado por **Colaboradores** do **Segurado** no domicílio do paciente.

2. OBJETIVO DO SEGURO:

O objetivo do seguro é o pagamento pela **Seguradora**, a título de indenização securitária, das **Perdas** incorridas pelo **Segurado** em consequência de **Reclamações** apresentadas por terceiros, com o intuito de responsabilizá-lo por **Falhas** na prestação de **Serviços de Saúde** nos termos estabelecidos na presente **Apólice**.

2.1. Considerando que a presente **Apólice** é uma **Apólice à base de Reclamações**, são condições necessárias para que o **Segurado** possa pleitear a garantia, sem prejuízo das demais disposições do contrato:

2.1.1. que o terceiro apresente a **Reclamação** ao **Segurado**:

- a) durante o período de vigência da **Apólice**; ou
- b) durante o **Prazo Complementar**, quando cabível; ou
- c) durante o **Prazo Suplementar**, quando cabível;

2.1.2. que as **Reclamações** estejam vinculadas a danos ocorridos durante a vigência da **Apólice** ou durante o **Período de Retroatividade**.

3. COBERTURAS (GARANTIAS) DO SEGURO:

Desde que observados todos os termos e condições da presente **Apólice**, a **Seguradora** pagará, até os respectivos **Limites Máximos de Indenização** contratados ou até o **Limite Máximo de Garantia**, definidos nas Especificações, as **Perdas** incorridas pelo **Segurado** em consequência de **Reclamações** apresentadas por terceiros, com o intuito de responsabilizá-lo por **Falhas** associadas a:

- **Atos Profissionais** de seus **Colaboradores** ou de **Profissionais Externos**, desde que no âmbito das **Áreas de Atuação** definidas nas Especificações,
- **Transporte de Pacientes**;
- **Tratamento Domiciliar**, desde que no âmbito das **Áreas de Atuação**;
- **Infecção Hospitalar**;
- **Intoxicação Alimentar**.

A responsabilidade atribuída ao **Segurado** por **Falhas** nos termos descritos acima inclui aquelas causadas por:

- (i) atos ilícitos culposos ou dolosos, praticados por empregados do **Segurado**, ou, ainda, por pessoas a eles assemelhadas,
- (ii) atos ilícitos culposos, praticados pelos sócios controladores, dirigentes ou administradores legais do **Segurado**, seus beneficiários ou representantes, exceto no caso de culpa grave equiparável ao dolo.

3.1 Limites de Cobertura

Os pagamentos pela **Seguradora** através da presente **Apólice** nunca excederão o **Limite Máximo de Indenização** para sua respectiva cobertura ou o **Limite Máximo de Garantia** da **Apólice**, ambos definidos nas Especificações.

Os limites de cobertura contratados dar-se-ão à risco absoluto e não poderão ser contratados isoladamente. Não há reintegração do **Limite Máximo de Indenização** das coberturas contratadas, tampouco há reintegração do **Limite Máximo de Garantia**.

Eventuais encargos de tradução referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da **Seguradora** e não consumirão os limites da presente **Apólice**.

3.2. Aumento de Limites:

O **Segurado** poderá a qualquer tempo, desde que dentro do período de vigência, solicitar à **Seguradora** emissão de **Endosso** para aumento do **Limite Máximo de Indenização**, do **Limite Máximo de Garantia** ou para alteração de coberturas. Entretanto, fica a critério exclusivo da **Seguradora** acatar ou não tal pedido, solicitar informações ou documentos complementares e cobrar de **Prêmio** adicional.

A alteração de quaisquer limites ou coberturas efetivar-se-ão somente após a emissão do respectivo **Endosso** pela **Seguradora** e aplicar-se-ão apenas para **Reclamações** relativas danos que venham a ocorrer a partir da implementação dos novos limites ou coberturas, prevalecendo os limites ou coberturas anteriores para as **Reclamações** relativas a danos ocorridos entre a **Data Limite de Retroatividade** e a data imediatamente anterior à emissão do respectivo **Endosso**.

3.3. Franquia:

Sem prejuízo da observância ao disposto no item 3.1, para cada **Reclamação** coberta, a **Seguradora** indenizará apenas o valor da **Perda** que exceder a franquia definida nas Especificações. Qualquer **Perda** inferior à franquia será de responsabilidade exclusiva do **Segurado**. Não obstante, caso o mesmo **Fato Gerador** dê origem a múltiplas **Reclamações**, a franquia aplicar-se-á uma única vez.

3.4. Âmbito Geográfico:

Considera-se com o âmbito geográfico das coberturas todo o território nacional, salvo disposição em contrário, que deverá constar da presente **Apólice**.

4. EXCLUSÕES:

A **Seguradora** não indenizará o **Segurado**, tampouco efetuará qualquer pagamento através da presente **Apólice** se qualquer **Reclamação** for baseada em, causada por, resultante de, ou associada às situações descritas nas presente cláusula. Qualquer pagamento eventualmente realizado pela **Seguradora** cessará imediatamente caso ao longo do processo de regulação de **Sinistros** se verifique que a **Reclamação** tenha sido baseada em, causada por, resultante de, ou associada às situações descritas nas presente cláusula, ficando neste caso resguardado à **Seguradora** o direito de ressarcimento pelo **Segurado** de qualquer pagamento já realizado.

4.1. Atos Dolosos: Qualquer dano causado por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo, praticados pelo **Segurado**, seus beneficiários ou representantes, inclusive sócios controladores, dirigentes, administradores legais.

4.1.1. A presente exclusão aplica-se somente na hipótese de:

- (i) decisão judicial transitada em julgado ou decisão arbitral final em que reste declarado o cometimento de ato ilícito doloso.
- (ii) confissão ou admissão por escrito do cometimento de ato ilícito doloso.

4.1.2. Fica assegurado o direito do **Segurado** à indenização securitária até que se configure alguma das situações enumeradas no item anterior.

4.2. Fatos Anteriores: Qualquer **Reclamação** cujo **Fato Gerador**:

- Tenha se dado antes da **Data Retroativa de Cobertura**;
- Já tenha sido objeto de **Notificação** ou **Reclamação** em outra **Apólice**; ou

- Já seja de conhecimento do **Segurado** no momento de contratação da presente **Apólice**.

4.3. Sem a devida licença ou registro profissional: A realização de qualquer ato ou atividade:

- Por indivíduo sem o registro profissional requerido pra o exercício de tal ato ou atividade, nos termos do estabelecido pela lei o pelas **Autoridades Competentes**; ou
- Por indivíduo cujo registro profissional estiver expirado, revogado, suspenso, ou de qualquer outra forma não válido, inclusive quanto à sua territorialidade;

4.4. Atividade ou local não coberto: A prestação de qualquer **Serviço de Saúde** que:

- Não esteja abrangido nas **Áreas de Atuação** definidas nas Especificações; ou
- Não tenha sido realizado nas **Dependências** informadas nas Especificações, exceto na medida em que associado à **Transporte de Pacientes** ou **Tratamento Domiciliar**.

4.5. Atividades, Condições, Procedimentos ou Situações de Saúde Específicos: Quaisquer atividades, condições, procedimentos ou situações especificamente não cobertos, devidamente definidos nas Especificações.

4.6. Não decorrentes de serviços profissionais na área da saúde: Qualquer dano que não tenha sido diretamente causado por, resultante de ou associado à serviços profissionais na área da saúde, incluindo, mas não se limitando a:

- Danos causados a terceiros enquanto não na condição de paciente do **Segurado**;
- **Atividades Administrativas** ou **Atividades de Planos de Saúde**;
- Assédio moral, assédio ou abuso sexual, injúria calúnia ou difamação;
- Acidentes de trânsito, mesmo que ocorridos nas **Dependências**;
- Uso e conservação de imóveis, inclusive qualquer construção, demolição, desabamento, reforma, reparo ou manutenção de imóveis nas **Dependências**.
- Atos de hostilidade, tumulto, desordem civil, insurreição, rebelião, revolução ou guerra;

4.7. Multas: Quaisquer multas ou demais penalidades pecuniárias que não sejam seguráveis de acordo com a legislação ou regulamentação aplicável.

4.8. Bens de Terceiros: Qualquer:

- Avaria, dano ou estrago causado a **Bens de Terceiros**, ou
- Roubo, furto ou desaparecimento de **Bens de Terceiros**.

4.9. Produtos: Qualquer defeito, falha ou vício intrínseco de qualquer produto, incluindo, mas não se limitando a equipamentos, ferramentas, instrumentos, materiais de curativo, máquinas, medicamentos, produtos farmacêuticos, próteses, remédios, substâncias, exceto se causado por **Falhas** na **Manipulação de Medicamentos**.

4.10. Radiação ou Energia Nuclear: Qualquer dano causado pela geração, emissão, irradiação ou ionização de ondas ou partículas radioativas ou de energia nuclear, exceto no uso medicinal e terapêutico ao longo da prestação de **Serviços de Saúde**.

4.11. Ilegais, proibidos, não reconhecidos ou experimentais: Qualquer ato, procedimento ou técnica que, de acordo com a lei, ou no âmbito do estabelecido pelas **Autoridades Competentes** na jurisdição em que tenha sido realizado:

- Seja ilegal, proibido ou não reconhecido como um **Ato Profissional**;
- Seja considerado experimental ou em fase de testes; ou
- Envolva qualquer droga, medicamento, produto ou substância:
 - Que seja ilegal ou proibido; ou
 - Que esteja em fase experimental ou de testes.

4.12. Obrigações Contratuais ou de Resultado: Qualquer obrigação assumida pelo **Segurado** por força de acordo, contrato, garantia, promessa ou obrigação de cura, melhoria, ou resultado.

4.13. Atos, Procedimentos ou Tratamentos Estéticos: Qualquer ato, procedimento ou tratamento cujo principal fim seja a alteração da aparência visual do paciente e não a busca de cura ou o tratamento de doenças, enfermidades, ferimentos, lesões ou males.

4.13.1. Excetuam-se os atos, procedimentos ou tratamentos que tiverem como objetivo a reparação ou reconstrução da aparência visual do paciente em decorrência de danos causados por acidentes, doenças degenerativas ou más formações devidamente diagnosticadas, restando claro estarem excluídas quaisquer **Reclamações** baseadas em, causadas por, resultantes de, ou associadas quaisquer aspectos meramente visuais, incluindo, mas não se limitando a coloração, formato, posição, tamanho, textura, simetria ou assimetria de qualquer parte ou da totalidade do corpo do paciente em consequência da realização de tais atos, procedimentos ou tratamentos.

4.14. Sanções Econômicas: Quaisquer indivíduos, empresas, instituições, órgãos governamentais, veículos, países ou qualquer outra entidade aos quais sejam aplicáveis quaisquer proibições, restrições ou sanções.

5. EM CASO DE SINISTRO

O **Segurado** deverá comunicar o **Sinistro** à **Seguradora** tão logo tome conhecimento e deverá adotar as providências imediatas para minorar suas consequências. Em hipótese alguma deverá o **Segurado** reconhecer sua responsabilidade, transigir com o terceiro prejudicado, indenizá-lo diretamente ou efetuar qualquer pagamento sem anuência expressa da **Seguradora**.

5.1. O **Aviso de Sinistro**, assim como qualquer comunicação pertinente a **Sinistros** deverão ser realizados por escrito e dirigidos ao Departamento de Sinistros da **Seguradora**, no endereço abaixo:

AIG BRASIL SEGUROS S.A. – Departamento de Sinistros
Av. Juscelino Kubitschek, 2041 – Torre E – 6º andar
04543-011 – Vila Olímpia, São Paulo, SP
e-mail: br.avisosinistro@aig.com

5.2. Documentos Necessários

O **Aviso de Sinistro** deverá conter os seguintes documentos:

- (i) Descrição do ocorrido, incluindo datas dos fatos, nome das partes envolvidas, natureza e extensão dos danos causados e as importâncias pecuniárias a eles atribuídos;
- (ii) Cópia dos documentos associados à **Reclamação**, tais como: citação, convocação, notificação, intimação, ofício, pedido formal;
- (iii) Cópia dos documentos associados ao **Serviço de Saúde** que resultou na **Reclamação**, tais como: ficha de admissão, declaração, laudo, prontuário, receituário, termo de consentimento informado e demais registros relevantes; e
- (iv) Proposta de honorários advocatícios e, se aplicáveis honorários periciais do escritório escolhido pelo **Segurado**;

A **Seguradora** poderá exigir, sem prejuízo do pagamento da indenização no prazo devido:

- (v) Atestados ou certidões de autoridades competentes;
- (vi) Resultado de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o **Sinistro**;
- (vii) Cópia da certidão de abertura do inquérito que porventura tiver sido instaurado;

- (viii) Informações e documentos adicionais, com o objetivo de melhor regular o **Sinistro** e/ou cumprir exigências de legislação específica.

Não poderá constar como documento necessário para a liquidação do **Sinistro** o alvará judicial.

5.3. Defesa:

É garantido ao **Segurado** exercício da livre escolha do advogado e/ou escritório de advocacia para a defesa de qualquer **Reclamação**. Fica, entretanto, resguardado à **Seguradora** o direito de participar ativamente na concepção da estratégia de defesa e nos demais procedimentos relativos à qualquer **Reclamação**, na condição de assistente, mesmo que a **Seguradora** não figure como parte na **Reclamação**.

5.4. Acordo e Indenização:

Nenhum acordo deverá ser proposto ou celebrado sem a anuência expressa da **Seguradora**

Com o objetivo de encerrar uma **Reclamação**, a **Seguradora** poderá, em qualquer fase, propor a celebração de um acordo judicial ou extra-judicial, nele estabelecendo os valores e prazos de pagamento, o conteúdo do termo de quitação a ser assinado pelo terceiro reclamante, assim como demais documentos que se façam necessários.

Se o terceiro autor da **Reclamação** manifestar-se favorável à aceitação do acordo proposto pela **Seguradora**, mas o acordo não seja celebrado pela desistência ou recusa por parte do **Segurado**, a **Seguradora** ficará desobrigada do pagamento, para aquela **Reclamação** de quaisquer **Perdas** subsequentes, cuja importância exceda àquela proposta no acordo. Na ausência de possibilidade de acordo por qualquer outro motivo, a **Seguradora** efetuará o pagamento das **Perdas** até os limites e conforme os termos e condições estabelecidos na presente **Apólice**.

Caso ao fim de uma **Reclamação** haja a obrigação do **Segurado** de indenizar terceiro, o pagamento da indenização será realizado pela **Seguradora** diretamente ao terceiro, até os limites e conforme os termos e condições estabelecidos na presente **Apólice**.

5.5. Prazo para liquidação do Sinistro:

Fica estabelecido o prazo de 30 dias para a liquidação do **Sinistro**, contados a partir do recebimento, pela **Seguradora**, dos documentos previstos no item 5.2. Após o recebimento dos documentos, a **Seguradora** poderá, com base em dúvida fundada e justificável, exigir documentos e/ou informações complementares, ficando o prazo suspenso, reiniciando a contagem a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

O não pagamento da indenização no prazo estabelecido implicará na aplicação de juros de mora, a partir desta data, sem prejuízo à sua atualização.

5.6. Prazo Complementar:

Será concedido ao **Segurado**, sem qualquer ônus, um prazo adicional para a apresentação de **Reclamações**, por terceiros, de, no mínimo, um ano, contado a partir do término de vigência da **Apólice**, nas seguintes hipóteses:

- (i) se a **Apólice** não for renovada;
- (ii) se a **Apólice à Base de Reclamações** for transferida para outra sociedade seguradora que não admita, integralmente, o **Período de Retroatividade** da **Apólice** precedente;
- (iii) se a **Apólice** for substituída **por Apólice à Base de Ocorrência**, ao final de sua vigência, na mesma sociedade seguradora ou em outra;

- (iv) se a **Apólice** for cancelada, desde que o cancelamento não tenha ocorrido por determinação legal, por falta do pagamento do **Prêmio** ou por o pagamento das indenizações ter atingido o **Limite Máximo de Garantia da Apólice**

O **Prazo Complementar**:

- (i) não se aplica àquelas coberturas cujo pagamento das indenizações tenha atingido o respectivo **Limite Agregado**.
- (ii) se aplica 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**.
- (iii) não acarreta, em hipótese alguma, a ampliação do período de vigência da **Apólice**

5.7. **Prazo Suplementar**:

Exclusivamente durante a vigência do **Prazo Complementar**, e somente por uma única vez, o **Segurado** terá direito à contratação do **Prazo Suplementar**, imediatamente subsequente ao **Prazo Complementar**, para a apresentação de **Reclamações** de terceiros.

Para que tenha direito ao **Prazo Suplementar**, o **Segurado** deverá manifestar o interesse em sua contratação, no mais tarde, 30 dias antes do fim do **Prazo Complementar**. Deverá ainda o especificar a alternativa de **Prazo Suplementar** escolhida e pagar o **Prêmio** adicional correspondente, dentre as disponíveis nas especificações, observando-se, ao menos a alternativa com prazo de um ano.

Não será concedido **Prazo Suplementar**, mesmo quando contratado, para aquelas coberturas cujo pagamento de indenizações tenha atingido o respectivo **Limite Agregado**, ou se for atingido o **Limite Máximo de Garantia**.

A contratação do **Prazo Suplementar** não acarreta, sob hipótese alguma, ampliação do período de vigência da **Apólice**.

5.8. **Notificação**:

O **Segurado** também poderá comunicar à **Seguradora**, durante o período de vigência da **Apólice**, fatos ou circunstâncias potencialmente danosos, ocorridos entre a **Data Limite de Retroatividade**, inclusive, e o término de vigência da **Apólice**, por meio de uma **Notificação**.

A entrega da **Notificação** à sociedade **Seguradora**, dentro do período de vigência da **Apólice**, garante que as condições daquela particular **Apólice** serão aplicadas às **Reclamações** futuras de terceiros, vinculadas ao fato ou à circunstância notificados pelo **Segurado**.

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

- (i) lugar, data, horário e descrição sumária do ocorrido;
- (ii) se possível, nome, domicílio, estado civil, profissão ou ocupação do terceiro prejudicado ou falecido, se for o caso, bem como nome e domicílio de eventual testemunha; e
- (iii) natureza dos danos e/ou das lesões corporais e suas possíveis consequências

A **Notificação** somente produzirá efeitos se o **Segurado** tiver apresentado, durante a vigência da **Apólice**, a **Notificação** relacionada ao fato, ou à circunstância, que gerou a **Reclamação** efetuada pelo terceiro prejudicado.

6. OBRIGAÇÕES DO *SEGURADO*

Em decorrência do contrato de seguro, o **Segurado** compromete-se a:

6.1. Respeito às Leis e Normas: Cumprir, observar e respeitar todas as leis e atos normativos pertinentes à prestação de **Serviços de Saúde**, incluindo qualquer código, norma, portaria, regra, procedimento ou protocolo estabelecido pelas **Autoridades Competentes**, assim como zelar para que seus **Colaboradores** e **Profissionais Externos** o façam.

6.2. Manutenção de Documentos: Zelar para a correta criação, emissão, preenchimento e posterior armazenamento, custódia e manutenção de todos os documentos associados à prestação de **Serviços de Saúde**, tais como ficha de admissão, declaração, laudo, prontuário, receituário, termo de consentimento informado e demais registros relevantes.

6.3. Informação: Manter a **Seguradora** informada, de forma clara, precisa e transparente, quanto aos **Serviços de Saúde**, prestados, inclusive no que tange à qualquer alteração após o início do período de vigência da **Apólice**.

6.4. Inspeção: Colocar-se à disposição da **Seguradora**, sempre que esta julgar necessário, para a realização de inspeção nas **Dependências** ou nos documentos associados à prestação de **Serviços de Saúde**.

6.5. Cooperação: Auxiliar e cooperar com a **Seguradora** sempre que solicitado, respondendo de forma clara e objetiva qualquer pergunta da **Seguradora**, em especial no que tange à defesa, investigação, celebração de acordo, ou o pagamento de indenizações associados à **Notificações** e **Avisos de Sinistro**

6.6. Confidencialidade: Abster-se de divulgar à pacientes, seus familiares ou quaisquer terceiros a existência do presente seguro, exceto se sua divulgação seja determinada força de ordem judicial ou outro dispositivo previsto em lei.

7. PERDA DE DIREITOS.

O **Segurado** perderá o direito à indenização securitária se incorrer em uma ou mais das situações descritas na presente cláusula.

7.1. Agravação intencional de risco: Se o **Segurado** agravar intencionalmente o risco.

7.2. Não comunicação de Apólice concorrente: Se o **Segurado**, seu representante ou seu corretor de seguros não comunicarem previamente a **Seguradora** quanto à sua intenção de contratar **Apólice** concorrente, nos termos da cláusula 11.

7.3. Não comunicação de Sinistro: Se o **Segurado** inadimplir com sua obrigação de participar o **Sinistro** à **Seguradora** tão logo tome conhecimento e de adotar as providências imediatas para minorar suas consequências.

7.4. Não comunicação de agravamento de risco: se o **Segurado** inadimplir com sua obrigação de comunicar à **Seguradora**, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, se ficar comprovado que o **Segurado** silenciou de má fé.

7.4.1. A **Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, poderá dar ciência por escrito ao **Segurado**, de cancelar o contrato, ou mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.**

7.4.2. O cancelamento do contrato somente será eficaz 30 (trinta) dias após a comunicação, devendo ser restituída a diferença do **Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.**

7.4.3. Na hipótese de continuidade do contrato a **Seguradora** poderá cobrar a diferença de **Prêmio** cabível.

7.5. **Declarações Inexatas:** se o **Segurado**, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da **Proposta** ou no valor do **Prêmio**. Fica ainda, o **Segurado** obrigado ao pagamento do **Prêmio** vencido. Se a inexistência ou omissão das declarações não resultar de má fé do **Segurado** a **Seguradora** poderá:

7.5.1. Na hipótese de não ocorrência de **Sinistro**:

- (i) Cancelar o seguro, retendo do **Prêmio** originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- (ii) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de **Prêmio** cabível.

7.5.2. Na hipótese de ocorrência de **Sinistro** sem indenização integral:

- (i) Cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo, do **Prêmio** originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, ou
- (ii) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do **Prêmio** cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.

7.5.3. Na hipótese de ocorrência de **Sinistro** com indenização integral, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de **Prêmio** cabível.

8. CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO

A contratação e subseqüentes alterações do contrato de seguro, inclusive seu cancelamento, somente poderão ser feitas mediante **Proposta** assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado. A **Proposta** escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. Caberá à **Seguradora** fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a **Proposta** por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

8.1. A **Seguradora** terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a **Proposta**, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. Durante o prazo previsto, a **Seguradora** poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração **Proposta**:

- (i) apenas uma vez, caso o proponente seja pessoa física;
- (ii) mais de uma vez, caso o proponente seja pessoa jurídica, desde que indique os fundamentos do pedido.

8.2. Enquanto os documentos complementares não forem entregues, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

8.3. Nos casos em que a aceitação da **Proposta** dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, o prazo para manifestação também será suspenso, até que o ressegurador se manifeste formalmente. Nesta hipótese, é vedada a cobrança de **Prêmio** total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da **Proposta**. A **Seguradora** deverá informar por escrito, ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, sobre a inexistência de cobertura.

8.4. Por ocasião da aceitação da **Proposta**, se houver previsão de **Período de Retroatividade** anterior ao início da vigência da primeira **Apólice** do seguro, o **Segurado** deverá apresentar

declaração informando desconhecer, durante o proposto **Período de Retroatividade**, quaisquer fatos ou atos que poderiam dar origem, no futuro, a uma **Reclamação** garantida pelo seguro.

8.5. O disposto no item anterior é aplicável tanto na contratação inicial de uma **Apólice à base de Reclamações** quando acordado **Período de Retroatividade** anterior à data de início de vigência, quanto na hipótese de transferência da **Apólice** para outra sociedade seguradora, se houver manutenção, ainda que parcial, do **Período de Retroatividade** do seguro transferido.

8.6. Em caso de não aceitação da **Proposta**, a **Seguradora** deverá proceder à comunicação formal, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, nos prazos previstos, caracterizará a aceitação tácita da **Proposta**.

8.7. A emissão da **Apólice**, do certificado ou do **Endosso** será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da **Proposta**.

8.8. Não havendo pagamento de **Prêmio** quando do protocolo da **Proposta**, o início de vigência de cobertura deverá coincidir com a data da aceitação da **Proposta** ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.9. Contratos de seguros cuja **Proposta** tenha sido recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do **Prêmio**, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da **Proposta** pela sociedade **Seguradora**. Em caso de recusa da **Proposta** dentro dos prazos previstos, a cobertura prevalecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o proponente, seu representante ou o corretor de seguros tiver conhecimento formal da recusa. O valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “*pro rata temporis*” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

9. RENOVAÇÃO

A presente **Apólice** não será renovada automaticamente. O proponente, seu representante legal ou corretor de seguros habilitado deverá manifestar junto à **Seguradora** seu interesse em renovar o seguro. Na ocasião da renovação, a **Seguradora** poderá solicitar ao **Segurado** informações e/ou documentos adicionais, para que possa aferir o risco.

9.1. Em renovações sucessivas em uma mesma sociedade seguradora, é obrigatória a concessão do **Período de Retroatividade de Cobertura** da **Apólice** anterior.

9.2. O **Segurado** tem direito a ter fixada, como **Data Limite de Retroatividade**, em cada renovação de uma **Apólice à base de Reclamações**, a data pactuada por ocasião da contratação da primeira **Apólice**, facultada, mediante acordo entre as partes, a fixação de outra data, anterior àquela, hipótese em que a nova data prevalecerá nas renovações futuras.

9.3. Renovação em outra seguradora (Transferência de Apólice):

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 o **Período de Retroatividade de Cobertura** da **Apólice** precedente.

Uma vez fixada **Data Limite de Retroatividade** igual ou anterior à da **Apólice** vencida, a sociedade **Seguradora** precedente ficará isenta da obrigatoriedade de conceder os **Prazos Complementar** e **Suplementar**. Porém, se a **Data Limite de Retroatividade**, fixada na nova **Apólice**, for posterior à **Data Limite de Retroatividade** precedente, o **Segurado**, na **Apólice** vencida, terá direito à concessão de **Prazo Complementar** e, quando contratado, de **Prazo Suplementar**. Neste último caso, a aplicação dos prazos adicionais ficará restrita à

apresentação de **Reclamações** de terceiros relativas a danos ocorridos no período compreendido entre a **Data Limite de Retroatividade** precedente, inclusive, e a nova **Data Limite de Retroatividade**.

10. CANCELAMENTO

A **Apólice** poderá ser cancelada nas situações descritas na presente cláusula. Não será permitida a suspensão e reabilitação da **Apólice**. Tampouco será permitido o cancelamento de coberturas específicas, exceto pelo cancelamento automático por atingimento de limite, descrito no item 10.2.

10.1. Por Iniciativa das Partes: A rescisão total ou parcial poderá ser realizada a qualquer tempo, tanto por iniciativa da **Seguradora**, como do por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, neste caso, desde que haja concordância recíproca.

10.1.1. Em caso de rescisão por iniciativa da **Seguradora**, esta reterá do **Prêmio** recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

10.1.2. Em caso de rescisão por iniciativa do **Segurado**, a **Seguradora** reterá do **Prêmio** recebido, além dos emolumentos, o **Prêmio** calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto, constante no item 14.5 da presente **Apólice**. Para Prazos não disponíveis na Tabela de Prazo Curto, será utilizado o percentual correspondente ao prazo calculado por interpolação linear entre os limites inferior e superior do intervalo.

10.2 Por Atingimento de Limite:

10.2.1. Se as indenizações pagas esgotarem o **Limite Agregado** vinculado à cobertura, ela será automaticamente cancelada.

10.2.2. Se as indenizações pagas pela **Seguradora** atingirem o **Limite Máximo de Garantia**, a **Apólice** será automaticamente cancelada.

10.3. Por Falta de Pagamento do Prêmio: Se houver falta de pagamento do **Prêmio**, nos termos dos itens 12.4. e 12.7.

10.4. Por Declarações Inexatas ou não Comunicação de agravação de Risco: Se à **Seguradora** forem feitas declarações inexatas ou não forem informados fatos suscetíveis de agravar o risco, nos termos dos itens 7.4. e 7.5.

11. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

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

11.2. O prejuízo total relativo a qualquer **Sinistro** amparado por cobertura de responsabilidade civil, cuja indenização esteja sujeita às disposições deste contrato, será constituído pela soma das seguintes parcelas:

- a) despesas, comprovadamente, efetuadas pelo **Segurado** durante e/ou após a ocorrência de danos a terceiros, com o objetivo de reduzir sua responsabilidade;
- b) valores das reparações estabelecidas em sentença judicial transitada em julgado e/ou por acordo entre as partes, nesta última hipótese com a anuência expressa das sociedades seguradoras envolvidas.

11.3. De maneira análoga, o prejuízo total relativo a qualquer **Sinistro** amparado pelas demais coberturas será constituído pela soma das seguintes parcelas:

- a) despesas de salvamento, comprovadamente, efetuadas pelo **Segurado** durante e/ou após a ocorrência do **Sinistro**;
- b) valor referente aos danos materiais, comprovadamente, causados pelo **Segurado** e/ou por terceiros na tentativa de minorar o dano ou salvar a coisa;
- c) danos sofridos pelos bens segurados.

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

11.5. Na ocorrência de **Sinistro** contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em **Apólice** distintas, a distribuição de responsabilidade entre as sociedades seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

I. será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do **Segurado**, **Limite Máximo de Indenização** da cobertura e cláusulas de rateio;

II. será calculada a “indenização individual ajustada” de cada cobertura, na forma abaixo indicada:

a) se, para uma determinada **apólice**, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo **Sinistro** é maior que seu respectivo **Limite Máximo de Garantia**, a indenização individual de cada cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outras **Apólices** serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e **Limites Máximos de Indenização**. O valor restante do **Limite Máximo de Garantia** da **Apólice** será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os **Limites Máximos de Indenização** destas coberturas.

b) caso contrário, a “indenização individual ajustada” será a indenização individual, calculada de acordo com o inciso I deste artigo.

III. será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes **Apólices**, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o inciso II deste artigo;

IV. se a quantia a que se refere o inciso III deste artigo for igual ou inferior ao prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada sociedade seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o **Segurado** a responsabilidade pela diferença, se houver;

V. se a quantia estabelecida no inciso III for maior que o prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada sociedade seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele inciso.

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

11.7. Salvo disposição em contrário, a sociedade seguradora que tiver participado com a maior parte da indenização ficará encarregada de negociar os salvados e repassar a quota-parte, relativa ao produto desta negociação, aos demais participantes.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

O prazo para o pagamento do **Prêmio**, à vista ou em parcelas, é aquele definido no documento de cobrança, ou a data programada para o débito junto à instituição financeira ou operadora de cartão de crédito, conforme aplicável.

12.1. Em caso de parcelamento do **Prêmio**, não será cobrado nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento. Quando houver parcelamento com juros, fica garantido ao **Segurado** a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

12.2. Se a data limite para o pagamento do **Prêmio** a vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário. A sociedade **Seguradora** encaminhará o documento de cobrança diretamente ao **Segurado** ou seu representante ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

12.3. Se o **Sinistro** ocorrer dentro do prazo de pagamento do **Prêmio** a vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do contrato de seguro, as parcelas vincendas do **Prêmio** deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

12.4. Configurada a falta de pagamento do **Prêmio** à vista ou da primeira parcela do **Prêmio** parcelado, no prazo estabelecido, a **Seguradora** poderá cancelar a **Apólice**,

12.5. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do **Prêmio** efetivamente pago, tomando-se por base, no mínimo, a Tabela e Prazo Curto. Para percentuais não previstos na tabela, deverá ser aplicado o percentual imediatamente superior. A **Seguradora** deverá informar por escrito o **Segurado**, seu representante ou corretor de seguros, o novo prazo de vigência ajustado.

12.6. Restabelecido o pagamento do **Prêmio** das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da **Apólice**.

12.7. Findo o prazo de vigência ajustada sem que tenha sido retomado o pagamento do **Prêmio**, ou no caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de curto prazo não resulte em alteração do prazo de vigência da cobertura, a **Seguradora** poderá cancelar o contrato de pleno direito.

12.8. Fica vedado o cancelamento do contrato de seguro cujo **Prêmio** tenha sido pago a vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o **Segurado** deixar de pagar o financiamento.

13. ATUALIZAÇÕES DE VALORES:

Para fins de atualização das obrigações pecuniárias decorrentes da presente **Apólice**, fica estabelecido o Índice de Preços ao Consumidor Amplo, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).

13.1. Os valores devidos a título de devolução de **Prêmios** sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no *caput* da presente cláusula, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

13.2. Para efeitos do item anterior, serão consideradas as seguintes datas de exigibilidade:

13.2.1. No caso de cancelamento do contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da sociedade **Seguradora**;

13.2.2. No caso de recebimento indevido de **Prêmio**: a partir da data de recebimento do **Prêmio**;

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

13.3. Os demais valores (incluindo a indenização) das obrigações pecuniárias das sociedades **Seguradoras** sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no *caput* da presente cláusula, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a partir da data de exigibilidade. A critério da sociedade **Seguradora**, a atualização poderá ser aplicada a partir da data de exigibilidade, mesmo que a obrigação tenha sido paga dentro do prazo previsto. Para efeitos do presente item, será considerada data de exigibilidade a data de ocorrência do **Sinistro**.

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

13.5. Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de multa, quando prevista, e de juros moratórios de 1% (hum por cento) ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado em contrato para esse fim, respeitada a regulamentação específica, particularmente no que se refere ao limite temporal para a liquidação e a faculdade de suspensão da respectiva contagem.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS E OPERACIONAIS.

14.1. Comunicação:

Toda e qualquer comunicação relacionada aos direitos e obrigações resultantes da presente **Apólice** deverão ser realizados por escrito. É impresumível o conhecimento, por parte da **Seguradora**, de qualquer informação que não lhe tenha sido comunicada por escrito.

O **Tomador** é responsável por toda e qualquer comunicação relacionada aos direitos e obrigações de todos os **Segurados** da presente **Apólice**, sem prejuízo do exercício do direito de comunicação por qualquer outro **Segurado**, desde que observados todos os termos e condições da presente **Apólice**.

Qualquer comunicação realizada por intermédio do corretor de seguros indicado no frontispício da presente **Apólice** terá os mesmos e efeitos que uma comunicação realizada diretamente entre **Seguradora** e **Segurado**, salvo instrução expressa em contrário do **Segurado** à **Seguradora**

14.2. Mudança de Endereço:

É dever do **Segurado** e do corretor de seguros comunicar imediatamente a **Seguradora** em caso de mudança de endereço, inclusive eletrônico, de qualquer uma das partes, de modo que os dados cadastrais de ambos estejam atualizados junto à **Seguradora**. A mudança de endereço não participada à **Seguradora** não será aceita como motivo de não recebimento de comunicação enviada pela **Seguradora**. Será considerada concluída e válida qualquer comunicação enviada pela **Seguradora** ao endereço do **Segurado** ou do corretor de seguros constantes das Especificações da presente **Apólice**, ou subseqüentes mudanças, informadas nos termos do presente item.

14.3. Transformação de Apólices:

A presente **Apólice**, uma **Apólice à Base de Reclamações**, não poderá ser transformada em uma **Apólice à Base de Ocorrência**.

14.4. Vigência Mínima e Horário de Vigência:

Deverá ser observada a duração mínima de 1 (um) ano para a vigência das **Apólices à Base de Reclamações**. Excetuam-se os casos em que o **Segurado** pretenda fazer coincidir o término de vigência do seguro de responsabilidade civil (à base de **Reclamações**) com o término de vigência de outras apólices, todas por ele contratadas em uma mesma seguradora. A **Apólice**, seus certificados e os **Endossos** terão seu início e término de vigência às 24 hs das datas para tal fim neles indicadas.

14.5. Tabela de Prazo Curto:

A tabela a seguir aplica-se ao disposto nos itens 10.1 e 12.5 da presente **Apólice**.

Relação % entre a parcela de Prêmio paga e o Prêmio total desta Apólice	Fração a ser aplicada sobre a Vigência original	Relação % entre a parcela de Prêmio paga e o Prêmio total desta Apólice	Fração a ser aplicada sobre a Vigência original
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

14.6. Legislação, Prescrição e Resolução de Litígios:

O seguro será regido pela presente **Apólice** e pelas leis aplicáveis no ordenamento jurídico Brasileiro. Quaisquer questões judiciais entre o **Segurado** e a **Seguradora** serão processadas no foro do domicílio do **Segurado**. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida e eleição de foro diferente do domicílio do **Segurado**. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

14.7. Arbitragem:

O **Segurado** poderá, facultativamente, aderir à resolução de litígios por meio de arbitragem. Ao fazê-lo, o **Segurado** estará se comprometendo a resolver todos os seus litígios com a **Seguradora** por meio de Juízo Arbitral, cujas sentenças têm o mesmo efeito que as sentenças proferidas pelo poder judiciário, nos termos da lei 9.307, de 23 de setembro de 1996.

14.8. Informações Regulatórias:

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

14.9. Sub-Rogação:

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

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

14.9.2. É ineficaz qualquer ato do **Segurado** que diminua ou extinga, em prejuízo da **Seguradora**, os direitos a que se refere este artigo.