

**CONDIÇÃO GERAL - RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL
ÁREA DA SAÚDE**

SEGURO À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÕES

01 – APRESENTAÇÃO

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

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

02 – DEFINIÇÕES

APÓLICE À BASE DE OCORRÊNCIA: é aquela que define como objeto do seguro, o pagamento e/ou reembolso das quantias respectivamente devidas ou pagas a terceiros, pelo segurado, a título de reparação de danos, estipuladas por tribunal civil ou por acordo aprovado pela seguradora, desde que:

- os danos tenham ocorrido durante o período de vigência da apólice; e
- o segurado pleiteie a garantia durante o período de vigência da apólice ou nos prazos prescricionais em vigor.

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES: forma alternativa de contratação de Seguro de Responsabilidade Civil, em que se define, como objeto do Seguro, o pagamento e/ou o reembolso das quantias, respectivamente, devidas ou pagas a terceiros, pelo **SEGURADO**, a título de reparação de danos, estipuladas por tribunal civil ou por acordo aprovado pela **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**:

- i. durante a vigência da Apólice; ou
- ii. durante o **PRAZO COMPLEMENTAR**, quando aplicável; ou
- iii. durante o **PRAZO SUPLEMENTAR**, quando aplicável;

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES, COM NOTIFICAÇÕES: é aquela 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 notificadas pelo Segurado, durante a vigência da apólice.

DATA RETROATIVA DE COBERTURA: data igual ou anterior ao início da vigência da primeira de uma série sucessiva e ininterrupta de apólices à base de reclamações, a ser pactuada pelas partes por ocasião da contratação inicial do seguro.

FATO(S) GERADOR(ES): qualquer acontecimento que produza danos a terceiros, e/ou que sejam por estes alegados, garantidos pelo Seguro e submetidos à pretensa 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, é garantida por mais de uma das coberturas contratadas. O Limite Máximo de Garantia (LMG) da apólice é fixado com valor menor ou igual à soma dos limites máximos de indenizações estabelecidos individualmente para cada cobertura contratada. Na hipótese de soma das indenizações atingir o Limite Máximo da Garantia, 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. Os limites máximos de indenização estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicando.

A escolha do Limite Máximo de Indenização para cada cobertura, bem como a solicitação da atualização dos mesmos, é de exclusiva responsabilidade do **SEGURADO**.

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: é o prazo adicional para a apresentação de reclamações de terceiros ao **SEGURADO**, concedido obrigatoriamente, pela **SEGURADORA**, sem cobrança de qualquer prêmio adicional, a partir do término do **PERÍODO DE VIGÊNCIA** da Apólice ou da data de seu cancelamento.

PRAZO SUPLEMENTAR: é o prazo adicional para apresentação de reclamações de terceiros ao **SEGURADO**, oferecido, obrigatoriamente, pela **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 os procedimentos estabelecidos na Apólice.

NOTIFICAÇÃO: é o ato por meio do qual o Segurado comunica à Seguradora, por escrito, durante a vigência da apólice, fatos ou circunstâncias, potencialmente danoso, ocorridos entre a data limite de retroatividade, inclusive, e o término de vigência da apólice.

03 – OBJETIVO DO SEGURO

3.1 – O presente seguro tem por objetivo pagar os valores relativos a condenações pecuniárias, acordos e despesas de defesa incorridas por conta de **RECLAMAÇÃO** feita por **TERCEIROS** contra o **SEGURADO**, em razão da ocorrência de eventos cobertos pela Apólice, relacionados à **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS** do **SEGURADO**, no exercício individual de sua profissão, ou quando contratado como Pessoa Jurídica.

3.2 - A validade e os efeitos desta cobertura estão limitados a reclamações feitas contra o **SEGURADO** durante o **PERÍODO DE VIGÊNCIA** da Apólice, ou quando aplicável durante o **PRAZO COMPLEMENTAR** ou **PRAZO SUPLEMENTAR**, e os atos danosos deverão ter ocorridos durante o Período de Retroatividade e até a data final da vigência da Apólice. São também parte do objeto do Seguro os ressarcimentos especiais em favor do **SEGURADO**, previstos nas condições da Apólice.

04 – COBERTURAS DO SEGURO

As coberturas a seguir, as quais são aplicáveis **SOMENTE QUANDO RELACIONADAS COM FATO GERADOR** descrito no objeto do Seguro – **E OBSERVADAS AS DEMAIS CONDIÇÕES DESTA APÓLICES, INCLUSIVE AO QUE SE REFEREM AS HIPÓTESES DE EXCLUSÃO DA CLÁUSULA “05”** são:

4.1 – RESSARCIMENTOS ESPECIAIS

A) Reclamações por alegados danos sofridos pela PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS realizada pelo SEGURADO

Sendo reportada(s), por **TERCEIRO(s)** eventual(is) dano(s) em relação a serviço(s) prestado(s) pelo **SEGURADO** e havendo clara manifestação de reparação que entenda ter sofrido, poderá o **SEGURADO** acionar este Seguro.

Caracterizado o sinistro, o ressarcimento do dano pleiteado será feito pela **SEGURADORA**.

B) Notificações

Caso o **SEGURADO** tome conhecimento de algum fato ou circunstância que possam acarretar uma **RECLAMAÇÃO** futura por parte de terceiros, este poderá acionar o Seguro.

Caracterizado o sinistro, o ressarcimento do dano será feito pela SEGURADORA.

C) Danos à reputação (gerenciamento de crise)

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

C) Custas emergenciais

Observado o disposto na **Cláusula 5.8** desta Apólice, caso o **SEGURADO** tenha que fazer qualquer tipo de contratação ou pagamento de forma intempestiva com o intuito de mitigar ou minorar os possíveis impactos do sinistro e que não haja tempo hábil de comunicar a **SEGURADORA**, esta fará o devido reembolso, **FICANDO, PORÉM, TAIS DESPESAS, SUJEITAS À AVALIAÇÃO, EM RELAÇÃO A VALORES JUSTO E CONDIZENTES COM O MERCADO**. Caso sejam apresentados valores que não se enquadram com o descrito acima, o **SEGURADO** responderá pelo excedente.

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

A) Despesas de defesa em ações judiciais de Responsabilidade Civil

Se o **SEGURADO** for processado judicialmente por terceiro(s) que alegue(m) **DANO(S) MATERIAL(IS), DANO(S) CORPORAIS, DANOS ESTÉTICOS** e/ou **DANOS MORAIS**, sofridos em decorrência da **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS** realizada pelo **SEGURADO**, independente de decisão judicial ou sentença que considere a ação judicial infundada, falsa ou fraudulenta, a **SEGURADORA** pagará os honorários advocatícios, laudos periciais, encargos de tradução, depósitos recursais, sucumbências e demais despesas necessárias e relacionadas ao processo de defesa do **SEGURADO**, em esfera cível.

B) Despesas de defesa em inquéritos ou ações criminais judiciais criminais

Se o **SEGURADO** for envolvido em processo judicial criminal ou tentativa de indiciamento de crime relacionado à **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS** realizados, e tendo este pronunciado-se inocente, a **SEGURADORA** pagará as despesas necessárias e relacionadas à sua defesa.

C) Despesas de defesa para processos em Esfera Administrativa

Se o **SEGURADO** for denunciado em Processo/Procedimento Administrativo Disciplinar ou qualquer outro tipo de investigação administrativa relacionada à infração profissional, sindicância, auditoria ou situações similares, independente de decisão administrativa ou parecer que considere seu arquivamento por tratar-se

de denúncia infundada, falsa ou fraudulenta, a **SEGURADORA** pagará os honorários advocatícios e demais despesas necessárias e relacionadas ao processo de defesa do **SEGURADO**, em esfera administrativa.

4.3 – INDENIZAÇÕES E ACORDOS

A) Acordo Judicial ou Extrajudicial

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

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

A.2.) Não sendo acatado por terceiro(s) o acordo oferecido, deverão ser consideradas as coberturas desta Apólice, relacionadas a ações judiciais.

B) Indenização por condenação judicial

Caso o **SEGURADO** seja condenado judicialmente, por decisão judicial transitada em julgado ou decisão final proferida por tribunal, ou seja, sem a possibilidade de recorrer da decisão, as indenizações a título de **DANO MATERIAL, DANO CORPORAL, DANO MORAL E DANO ESTÉTICO** serão integralmente pagas até o **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO** contratado, de acordo com os termos de cobertura da Apólice.

05 - RISCOS EXCLUÍDOS

ESTA APÓLICE NÃO INDENIZARÁ O SEGURADO NAS SEGUINTE HIPÓTESES:

5.1 – ATOS DOLOSOS

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

A) A EXCLUSÃO DESCRITA ACIMA SOMENTE APLICAR-SE-Á NA HIPÓTESE (i) DE CONFISSÃO DO SEGURADO ATESTANDO SUA CONDUTA DOLOSA OU (ii) DE DECISÃO JUDICIAL TRANSITADA EM JULGADO OU DECISÃO ARBITRAL EM QUE RESTE DECLARADA, CONFORME O CASO, A PRÁTICA DO ATO DOLOSO.

- B) PARA FINS DE INTERPRETAÇÃO DE COBERTURAS DESTE SEGURO, SERÁ CONSIDERADO ATO ILÍCITO TODA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E/OU ATIVIDADE REALIZADA PELO SEGURADO, SEUS EMPREGADOS, SUBCONTRATADOS E/OU COLABORADORES, SEM O DEVIDO LICENCIAMENTO, QUANDO EXIGIDO POR LEI, OU AINDA EM CONDIÇÕES DE SUSPENSÃO OU CASSAÇÃO DE LICENÇAS.**
- C) FICA RESGUARDADO À SEGURADORA O DIREITO DE RESSARCIMENTO POR QUALQUER INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA PAGA INDEVIDAMENTE, INCLUSIVE POR QUALQUER CUSTO DE DEFESA POR ELA ADIANTADO AO SEGURADO, CASO FIQUE COMPROVADA A EXISTÊNCIA DAS SITUAÇÕES DESCRITA ACIMA.**

5.2 – MULTAS E PENALIDADES

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

5.3 – GARANTIAS E CONVENÇÕES PARTICULARES

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

5.4 – ATOS ANTERIORES À DATA E RETROATIVIDADE DA COBERTURA

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

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

5.5 – RECLAMAÇÕES NÃO RELACIONADAS À PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DO SEGURADO

FICAM EXCLUÍDAS AS RECLAMAÇÕES QUE NÃO DECORRAM DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EXERCIDA PELO SEGURADO, INCLUSIVE AS DECORRENTES NATUREZA CONCORRENCIAL, TRIBUTÁRIA, TRABALHISTA E PREVIDENCIÁRIA QUE NÃO SEJAM CONEXAS OU DIRETAMENTE

ACESSÓRIAS À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS REALIZADAS PELO SEGURADO E QUE TENHAM GERADO DANOS A TERCEIROS.

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

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

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

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

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

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

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

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

5.9 – FALÊNCIA E INSOLVÊNCIA

QUALQUER RECLAMAÇÃO DECORRENTE, DIRETA OU INDIRETAMENTE, DE FALÊNCIA OU INSOLVÊNCIA DO SEGURADO, OU DE SEUS FORNECEDORES E/OU SUBCONTRATADOS DO SEGURADO.

06 – ACIONANDO O SEGURO

6.1 - A ARGO SEGUROS estará à disposição sempre que o **SEGURADO** entender que precisa acionar o Seguro. Os canais de comunicação para que o **SEGURADO** entre em contato conosco estão descritos no frontispício da apólice.

Para a melhor **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS** ao **SEGURADO**, seguem as instruções básicas de como proceder nas possibilidades de alguma ocorrência:

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

I – que o terceiro apresente a **RECLAMAÇÃO** ao **SEGURADO**:

- a) durante o **PERÍODO DE VIGÊNCIA** da Apólice; ou
- b) durante o **PRAZO COMPLEMENTAR**, quando cabível; ou
- c) durante o **PRAZO SUPLEMENTAR**, quando cabível;

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

6.3 – Em caso de ações judiciais:

Recebendo uma citação judicial, o **SEGURADO** entra em contato com a **ARGO SEGUROS** para comunicação do fato gerador, pelos canais de comunicação, disponibilizando as seguintes informações iniciais:

6.3.1 - Os dados básicos da Apólice vigente;

6.3.2 - Resumo do ocorrido;

6.3.3 - Cópia da citação;

6.3.4 - Documentos que possam colaborar com a análise preliminar do caso;

Após a análise prévia, a **SEGURADORA** poderá solicitar informações ou documentos adicionais ao **SEGURADO** para poder caracterizar o sinistro.

Caracterizada a cobertura do 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 sejam na esfera cível, criminal ou administrativa serão escolhidos pelo **SEGURADO**;

6.4.2 - A SEGURADORA AVALIARÁ SE OS VALORES DAS DESPESAS DE DEFESA COBERTAS PELA PRESENTE APÓLICE SÃO JUSTOS E CONDIZENTES COM A PRÁTICA DO MERCADO, CONSIDERANDO TODOS OS ASPECTOS NECESSÁRIOS, INCLUINDO, MAS NÃO LIMITANDO A NATUREZA DA RECLAMAÇÃO E OS VALORES ENVOLVIDOS. Caso sejam apresentados valores que não se enquadram com o descrito acima, o **SEGURADO** responderá pelo excedente.

6.4.3 - Todos os pagamentos das despesas de defesa **PODERÃO SER** feitos diretamente a advogados ou outra entidade que precise receber o pagamento na medida em que os mesmos forem devidos ou incorridos pelo **SEGURADO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados a partir do dia do recebimento dos documentos básicos previstos.

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

6.5 – Em caso de indenizações por condenação judicial:

Ocorrendo a condenação do **SEGURADO** por sentença judicial transitada em julgado, a **ARGO SEGUROS** fará a indenização diretamente ao terceiro.

O Prazo de pagamento da indenização será o estipulado pelo poder judiciário.

6.6 – Celebrando acordos judiciais ou extrajudiciais

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

6.6.2 - Quaisquer valores excedentes e/ou negociação que não tenham anuência da **SEGURADORA**, não estão cobertos por esta Apólice.

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

6.6.4 - Não sendo acatado por terceiro(s) o acordo oferecido, deverão ser consideradas as coberturas desta Apólice, relacionadas a ações judiciais.

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

6.7 – Procedendo ressarcimentos administrativos

6.7.1 - Na eventualidade de um terceiro reportar ao **SEGURADO** fato gerador relacionado com o serviço prestado pelo **SEGURADO** e, tendo este manifestado sua vontade em ser reparado por um dano que ele entende ter sofrido, o Seguro poderá ser acionado.

Caracterizado o sinistro, e estando a **SEGURADORA** de acordo com o valor do pleito, o ressarcimento do dano será feito sem a necessidade de ação judicial.

6.7.2 - O **SEGURADO** poderá comunicar à **SEGURADORA** qualquer fato ou situação que tenha ocorrido a qual entenda que possa gerar uma **RECLAMAÇÃO** no futuro.

Neste caso, serão avaliadas pela **SEGURADORA** quais as ações necessárias para proteger o melhor interesse do **SEGURADO**.

6.7.3 – Quando da comunicação da expectativa ou evento de sinistro, poderão ser solicitadas ao **SEGURADO** as seguintes informações preliminares:

6.7.3.1 - Resumo do ocorrido;

6.7.3.2 - Se possível, os dados do terceiro;

6.7.3.3 - Natureza dos danos e de suas possíveis consequências

6.7.4 – Sendo considerado válidos e tempestivos pela **SEGURADORA**, a notificação e os respectivos documentos comprobatórios, previstos no **item 6.7.3** e subitens, serão produzidos os seguintes efeitos:

6.7.4.1 - Caracterizará o sinistro como de competência desta Apólice; e

6.7.4.2 - Garantirá que as condições desta Apólice serão aplicadas às Reclamações apresentadas à **SEGURADORA** mesmo após o final do **PRAZO COMPLEMENTAR** ou do **PRAZO SUPLEMENTAR**, conforme o caso.

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

6.7.4.4 - O não pagamento da indenização no prazo de 30 (trinta) dias implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização.

6.8 – Reembolsando despesas emergenciais

O **SEGURADO** preferencialmente não deve incorrer em encargos ou despesas de defesa (**À EXCEÇÃO DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**), sem o prévio consentimento por escrito da **SEGURADORA**, salvo se for uma situação emergencial que tenha por objetivo minorar possíveis impactos.

Neste caso, o **SEGURADO** pode encaminhar os comprovantes das despesas e a **SEGURADORA** reembolsará os valores em até 30 (trinta) dias corridos.

6.8.1. Caso o **SEGURADO** tenha que realizar qualquer tipo de contratação ou pagamento de forma intempestiva com o intuito de mitigar ou minorar os possíveis impactos do sinistro e que não haja tempo hábil de comunicar a **SEGURADORA**, esta fará o devido reembolso, **FICANDO, PORÉM, TAIS DESPESAS, SUJEITAS À AVALIAÇÃO, EM RELAÇÃO A VALORES JUSTO E CONDIZENTES COM O MERCADO**. Caso sejam apresentados valores que não se enquadram com o descrito acima, o **SEGURADO** responderá pelo excedente.

6.9 – Demais informações sobre como acionar o Seguro

6.9.1 – Correrão, também, por conta da Seguradora, até o Limite Máximo de Indenização da cobertura contratada fixado no contrato:

- as despesas de salvamento comprovadamente efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência de um sinistro;
- os valores referentes aos danos materiais comprovadamente dispendidos pelo Segurado e/ou por terceiros na tentativa de evitar o sinistro, minorar o dano ou salvar a coisa.

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

6.9.3 - Na hipótese de não cumprimento, seja pela **SEGURADORA**, seja pelo **SEGURADO**, dos prazos estabelecidos nesta Apólice, à parte inadimplente ou em mora, incorrerão juros simples de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, e atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data do **ATO DANOSO** do Sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

6.9.4 - É obrigatório ao **SEGURADO**, sob pena de perda de direitos à indenização, dar ciência à **SEGURADORA** da contratação ou da rescisão de qualquer outro Seguro, referente aos mesmos riscos previstos nesta Apólice.

6.9.5 - Caso seja necessário para a melhor regulação do sinistro, a **SEGURADORA** poderá realizar visita ao local de risco e/ou local que estiverem relacionados ao sinistro, a fim de apurar a causa do evento reclamado e suas consequências, bem como o montante dos **PREJUÍZOS** sofridos pelo terceiro pela efetivação do evento previsto e coberto no Contrato de Seguro.

6.9.6 - Todos os danos decorrentes de um mesmo **ATO DANOSO** serão considerados como um único sinistro, qualquer que seja o número de reclamantes ou reclamações, prevalecendo as condições vigentes no momento da primeira notificação apresentada à **SEGURADORA**. Ocorrendo o término da vigência da cobertura, ou o esgotamento do limite contratado, cessará automaticamente a cobertura para os atos danosos ocorridos posteriormente. Danos decorrentes de **ATOS DANOSOS** originados de fatos geradores distintos, serão reclamados separadamente, na forma de reclamações individuais, incluindo, mas não se limitando à aplicação de franquia.

6.9.7 - Em caso de Sinistro, se constar que os valores que serviram de base ao cálculo do prêmio foram inferiores aos contabilizados pelo **SEGURADO**, a indenização será paga na razão entre o prêmio pago e o devido.

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

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

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

6.9.11 - A **SEGURADORA** poderá, mediante acordo entre as partes, indenizar o **SEGURADO** em dinheiro, em reposição ou reparo da coisa. Na impossibilidade de reposição da coisa, à época da liquidação, a indenização devida será paga em dinheiro.

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

07 – DEMAIS CARACTERÍSTICAS DO SEGURO

7.1 - Âmbito de cobertura /jurisdição

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

O foro para dirimir questões judiciais das partes, seja por meio de eleição entre o **SEGURADO** e terceiro(s) no ato da contratação dos serviços, seja unicamente eleito pelo terceiro na hipótese de não ter sido convencionado em momento anterior, deve ser dentro do território brasileiro, salvo convenção em contrário, mediante prévio acordo por escrito entre **SEGURADO** e **SEGURADORA**.

7.2 – Apólice à base de reclamações com notificação

A cobertura do presente Seguro, à base de reclamações com notificação, garante que as condições da Apólice notificada serão aplicadas às reclamações futuras de terceiros, vinculadas ao **ATO DANOSO** notificado pelo **SEGURADO**, desde que a entrega da Notificação, à **SEGURADORA**, ocorra dentro do **PERÍODO DE VIGÊNCIA** da Apólice.

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

7.2.1 – Lugar, data, horário e descrição sumária do ocorrido;

7.2.2 – Se possível, nome, domicílio, estado civil, profissão ou ocupação do terceiro, se for o caso, bem como nome e domicílio de eventual testemunha;

7.2.3 – Natureza dos danos e/ou das lesões corporais e suas possíveis consequências.

7.3 – Limite Máximo de Garantia (LMG)

O presente Contrato de Seguro é contratado a **PRIMEIRO RISCO ABSOLUTO** para todas as coberturas.

Pelo presente Contrato de Seguro, não há reintegração do Limite Máximo de Garantia (LMG). Quando a soma das indenizações atingir o LMG, a Apólice será automaticamente cancelada.

Desta forma, a **SEGURADORA** estará apenas obrigada ao pagamento de um montante máximo durante a Vigência da Apólice ou o Período Adicional de **RECLAMAÇÃO**, quando aplicável, que não excederá em caso algum o estabelecido no item “Limite Máximo de Garantia da Apólice” da Especificação da Apólice, seja a título de Perdas, **CUSTOS DE DEFESA**, ou quaisquer outros custos que a **SEGURADORA** considere necessários e razoáveis e devam ser por esta pagos nos termos do presente Contrato de Seguro.

7.4 – Alteração do Limite Máximo de Indenização

7.4.1 - por cobertura contratada

A escolha do Limite Máximo de Indenização para cada cobertura, bem como a solicitação da atualização dos mesmos, é de exclusiva responsabilidade do **SEGURADO**.

O **SEGURADO**, a qualquer tempo, poderá subscrever nova proposta ou solicitar emissão de endosso para alteração do **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO** contratualmente previsto, ficando a critério da **SEGURADORA** sua aceitação e alteração de prêmio, quando couber.

Em caso de aceitação pela **SEGURADORA**, será utilizado o critério restritivo, ou seja, será aplicado o novo limite apenas para as reclamações e/ou notificações decorrentes de fatos geradores que ocorram a partir da data de sua implementação, prevalecendo o limite anterior para reclamações relativas aos danos ocorridos anteriormente àquela data e a partir da data de retroatividade de cobertura.

Haverá total responsabilidade da **SEGURADORA** por qualquer indenização securitária prevista nesta Apólice, em um único Sinistro ou uma série de Sinistros (de um ou vários reclamantes), apresentados no decorrer da vigência do Seguro, limitada ainda ao **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO** fixado para cada cobertura contratada, quando aplicável.

A eventual contratação do **PRAZO SUPLEMENTAR** não afetará o **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO**, que permanecerá em vigor parcial ou totalmente, na exata medida em que tenha sido ou não anteriormente consumido.

Os **CUSTOS DE DEFESA** que ultrapassarem o **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO** não serão indenizados pela **SEGURADORA**.

O **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO** dar-se-á a **PRIMEIRO RISCO ABSOLUTO**. Neste caso, a **SEGURADORA** responderá integralmente pelo **PREJUÍZO** efetivamente incorridos e devidamente comprovados pelo **SEGURADO**, até o valor do **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO** da Apólice, respeitada as demais disposições e cláusulas constantes deste contrato.

Nos casos de alteração do **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO** ou de alguma cobertura do Seguro, serão adotados os seguintes critérios:

- a) Será admitido, desde que previamente aprovado pela **SEGURADORA** e durante a vigência da Apólice, com possibilidade de alteração do prêmio;

- b) Alterações serão aplicadas, apenas, aos sinistros efetivamente ocorridos a partir da data de sua implementação, prevalecendo as condições anteriores para os sinistros já ocorridos, sejam eles de conhecimento ou não do **SEGURADO**.

Ocorrido um sinistro indenizado pela **SEGURADORA**, o **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO** previsto nesta Apólice será reduzido, subtraindo-se o valor de cada indenização paga de tal limite até que ele seja completamente consumido, não tendo o **SEGURADO** direito à restituição do prêmio correspondente a tal redução. Com a utilização total do **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO**, o Seguro tornar-se-á sem efeito, ressalvada a necessidade de dedução dos prêmios vincendos.

Fica desde já entendido e acordado que o **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO** não está sujeito a qualquer tipo de ajuste ou correção e que não haverá reintegração do **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO**.

O valor da indenização a que o **SEGURADO** terá direito, com base nas condições desta Apólice, não poderá ultrapassar o valor do(s) interesse(s) segurado(s) no momento do sinistro, independentemente de qualquer disposição constante desta Apólice.

7.4.2 – Inclusão de cobertura e aumento do Limite Máximo de Garantia (LMG)

O **SEGURADO**, a qualquer tempo, poderá subscrever nova proposta ou solicitar emissão de endosso para a inclusão de coberturas ou para o aumento do **LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA** contratualmente previsto, ficando a critério da **SEGURADORA** sua aceitação e alteração de prêmio, quando couber.

Em caso de aceitação pela **SEGURADORA**, será utilizado o critério restritivo, ou seja, será aplicado o novo limite apenas para as reclamações e/ou notificações decorrentes de fatos geradores que ocorram a partir da data de sua implementação, prevalecendo o limite anterior para reclamações relativas aos danos ocorridos anteriormente àquela data e a partir da data de retroatividade de cobertura.

7.4.3 – Limite Agregado

O Limite Agregado é o valor máximo de garantia da Seguradora, para cada uma das garantias e coberturas adicionais, previamente fixado e estipulado como produto do Limite Máximo de Indenização por Cobertura Contratada 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, Prazo Complementar ou Prazo Suplementar se aplicáveis.

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

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

O Limite Agregado desta Apólice não está sujeito à reintegração depois de exaurido, sendo que a cobertura é cancelada na hipótese de pagamento de indenizações vinculadas à mesma, esgotando o limite agregado.

7.5 – Prazo complementar

Em caso de não renovação da apólice do o **SEGURADO** terá direito sem qualquer ônus, a um **PRAZO COMPLEMENTAR** adicional, que será no mínimo 12 (doze) meses, conforme determinado na Especificação da Apólice, a contar do término da vigência desta Apólice, para apresentar reclamações à **SEGURADORA**, relativos à **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS** cometidos entre a data de retroatividade de cobertura e o fim de vigência da Apólice, contados a partir do término de vigência da Apólice, considerando as seguintes hipóteses:

I – Se a Apólice não for renovada;

II – Se a **APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES** for transferida para outra **SEGURADORA** que não admita integralmente, a data de retroatividade de cobertura da Apólice precedente;

III – Se a Apólice for substituída por Apólice a base de ocorrência, ao final de sua vigência, pela **ARGO SEGUROS** ou por outra seguradora;

IV – Se a Apólice for cancelada, desde que o cancelamento não tenha ocorrido por determinação legal ou por pagamento das indenizações que tenha atingido o **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO** da Apólice, quando este tiver sido estabelecido.

O **PRAZO COMPLEMENTAR** concedido não se aplica àquelas coberturas cujo pagamento das indenizações tenha atingido o limite agregado.

O **PRAZO COMPLEMENTAR** se aplica às coberturas previamente contratadas e que não foram incluídas na renovação da a Apólice, desde que essas não tenham sido canceladas por determinação legal, ou por falta de pagamento do prêmio.

7.6 – Prazo Suplementar

Durante período especificado no **PRAZO COMPLEMENTAR** conforme item 7.5, o Segurado, terá o direito de contratar, somente uma única vez, um **PRAZO SUPLEMENTAR**, adicional, que será no mínimo 12 (doze) meses, conforme determinado na Especificação da Apólice para apresentar Reclamações à **SEGURADORA**, contado a partir do término do **PRAZO COMPLEMENTAR**, mediante o pagamento de prêmio adicional, conforme determinado na Especificação da Apólice.

O direito ao **PRAZO SUPLEMENTAR** poderá ser exercido pelo **SEGURADO**, desde que o mesmo efetue o pagamento total do prêmio adicional. Neste caso, o **SEGURADO** deverá efetuar o pagamento integral do prêmio adicional, não sendo admitido, desta forma, o pagamento proporcional do prêmio adicional.

Para exercer o direito ao **PRAZO SUPLEMENTAR**, o **SEGURADO** deverá requerer sua contratação por escrito em até 30 (trinta) dias antes da data final do **PRAZO COMPLEMENTAR**. O prêmio adicional referente ao **PRAZO SUPLEMENTAR** deverá ser pago, em uma única parcela, em até 30 (trinta) dias após a emissão do respectivo endosso.

Em caso de contratação de **PRAZO SUPLEMENTAR** conforme os termos acima, não serão possíveis requerer seu cancelamento ou restituição do prêmio pago.

Em nenhuma hipótese o **PRAZO COMPLEMENTAR** e o **PRAZO SUPLEMENTAR** alterarão o prazo de vigência desta Apólice.

Não haverá direito à contratação do **PRAZO COMPLEMENTAR** ou do **PRAZO SUPLEMENTAR** nos casos de cancelamento desta Apólice por determinação legal ou por falta de pagamento, pelo esgotamento do **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO** ou transferência plena do risco para outra **SEGURADORA**.

7.7 – Segurado

Além das definições constantes na Cláusula 2 desta apólice, considera-se também como **SEGURADO(S)**

7.7.1 - Estritamente, como Pessoa Jurídica:

- Os sócios, diretores e demais executivos, enquanto desempenhando suas atividades profissionais em nome do contratante deste Seguro.
- Os empregados do **SEGURADO** enquanto desempenhando suas atividades profissionais para a sociedade, e desde haja o acionamento direto do **SEGURADO** como réu em ação judicial, da qual conste, dos atos(s) e/ou fato(s) declarados pelo(s) autor(es), causados por seu(s) empregado(s).

7.7.2 - Na figura de Pessoa Física ou Jurídica:

- O cônjuge, herdeiro(s), representantes legais e espólio, caso o **SEGURADO** venha a falecer ou tornar-se incapaz civilmente, no desempenho de sua **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**.

7.8 – Vigência

O período de duração desta Apólice é sempre de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias (um ano).
Excetuam-se 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.

A Apólice, certificado e endossos terão seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas indicadas nas especificações da Apólice.

Não havendo pagamento de prêmio quando do protocolo da proposta, o início de vigência da Apólice será a data de aceitação da proposta ou data distinta, mediante prévio acordo entre **SEGURADO** e **SEGURADORA**.

Caso a proposta seja recebida pela **SEGURADORA**, com adiantamento para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência da Apólice, será a partir da data do recebimento da proposta pela **SEGURADORA**.

08 – CONTRATAÇÃO

8.1 - A contratação/alteração deste Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante proposta feita pelo proponente, seu representante ou por corretor de Seguros habilitado, **por meio físico ou remoto**;

8.2 - Cabe à **SEGURADORA** fornecer ao proponente, o protocolo por meio físico ou remoto, conforme o caso, que identifique a proposta por ela recepcionada, com a indicação de data e hora de seu recebimento;

8.3 - A **SEGURADORA** terá o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos para manifestar-se sobre a proposta, contado da data do recebimento da proposta de (i) contratação, (ii) de renovação ou (iii) de Endosso em função de modificação do risco, devidamente assinada pelo proponente, por seu representante legal ou por corretor de Seguros habilitado, seja para Seguros novos, seja para renovações desta Apólice, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

8.4 - Caso não haja manifestação em contrário por parte da **SEGURADORA** no prazo de 15 (quinze) dias acima mencionado, devendo ser consideradas, no entanto, eventual suspensão de tal prazo nos termos acima ou na forma da lei, fica entendido e acordado que a aceitação da proposta será automática.

8.5 - A solicitação de documentos complementares, para análise dos riscos, nos termos acima, poderá ser feita apenas uma vez durante o prazo previsto para aceitação, no caso de pessoa física. No caso de pessoa jurídica, a **SEGURADORA** poderá fazer solicitações de documentos adicionais mais de uma vez durante este período, indicando os fundamentos para tais requisições.

8.6 - No caso de solicitação de documentos complementares, para análise, aceitação do risco ou da alteração da proposta, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

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

8.8 - Para a aceitação da proposta acima mencionada pela **SEGURADORA**, o **SEGURADO** deverá declarar o seu desconhecimento acerca de quaisquer atos, fatos ou circunstâncias, ocorridos desde a data de Retroatividade de Cobertura, que possam dar origem, no futuro, a uma **RECLAMAÇÃO** ou Investigação coberta pela presente Apólice.

8.9 - Em caso de não aceitação da proposta, a **SEGURADORA** enviará ao **SEGURADO**, seu representante ou corretor, conforme o caso, uma comunicação formal por meio físico ou eletrônico, de acordo com o meio de envio da proposta, notificando-o da não aceitação, juntamente com as devidas justificativas da recusa.

8.10 - Em caso de recusa de proposta com adiantamento de pagamento de prêmio, dentro dos prazos previstos nos itens anteriores, a cobertura prevalecerá por mais dois dias úteis, contados a partir da data em que o proponente, seu representante ou corretor de Seguros tiver conhecimento formal da recusa.

8.11 - O valor do adiantamento do prêmio será restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 dias corridos contados da formalização da recusa ou deduzidos “*pró-rata temporis*” da parcela correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

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

09 – RENOVAÇÃO

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

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

10 – PAGAMENTO DE PRÊMIOS

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

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

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

Tabela de prazo curto

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

13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

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

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

10.5 - Findo o novo prazo de pagamento, conforme reduzido nos termos da cláusula 10.3 acima, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, esta Apólice ficará imediatamente cancelada, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, ficando a **SEGURADORA** desobrigada de qualquer responsabilidade e obrigação de pagamento da indenização.

10.6 - No caso de parcelamento do pagamento do prêmio em que a aplicação da tabela de prazo curto acima não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, operará o cancelamento desta Apólice.

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

10.8 - Quando o pagamento da indenização securitária acarretar o cancelamento deste Contrato de Seguro em função da exaustão do Limite Máximo Indenização, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor de referida indenização, excluído o adicional de fracionamento.

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

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

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

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

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

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

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

10.15.1 - No caso de cancelamento do contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da **SEGURADORA**;

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

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

10.16 - A **SEGURADORA** é obrigada a informar ao **SEGURADO** ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado.

10.17 – Fica vedado o cancelamento do contrato cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o financiamento.

11 - ALTERAÇÕES DE RISCOS

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

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

11.1.2 - Inclusão e exclusão de coberturas;

11.1.3 - Alteração da Razão Social do **SEGURADO**;

11.1.4 - Alteração da atividade profissional exercida pelo **SEGURADO**;

11.1.5 - Aquisição de novas empresas;

11.1.6 - Quaisquer outras circunstâncias que agravem o risco.

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

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

11.2.2 - Em caso de aceitação, a **SEGURADORA** providenciará a emissão do documento correspondente, nas condições previamente acordada entre **SEGURADO** e **SEGURADORA**, inclusive, com possibilidade de cobrança de prêmio adicional;

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

12 – HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS E OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

12.1 - O SEGURADO perderá o direito a qualquer indenização securitária decorrente da presente Apólice quando:

12.1.1 – Este ou seu representante ou seu corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar o **SEGURADO** obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

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

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

12.2 - Perderá igualmente o **SEGURADO** o direito a qualquer indenização securitária decorrente da presente Apólice quando a RECLAMAÇÃO ou Investigação em questão fundamentar-se em prática dolosa com base em (i) confissão do próprio **SEGURADO** ou (ii) decisão judicial transitada em julgado ou decisão arbitral final em que reste declarada a prática dolosa.

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

12.4 - Na ocorrência de quaisquer das hipóteses descritas nas cláusulas acima, o **SEGURADO**, conforme o caso, ficará ainda obrigado a pagar à **SEGURADORA** o valor do prêmio vencido.

12.5 - Se a inexistência ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do SEGURADO ou do corretor de Seguros, a SEGURADORA poderá, na hipótese de NÃO ocorrência de Sinistro:

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

12.6 - Se a inexistência ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do SEGURADO ou do corretor de Seguros, a SEGURADORA poderá, na hipótese de ocorrência de Sinistro que não ultrapasse o LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO:

- a) Cancelar o Seguro, após o pagamento da Indenização e/ou CUSTOS DE DEFESA, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) Permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.

12.7 - Se a inexistência ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do SEGURADO ou do corretor de Seguros, a SEGURADORA poderá, na hipótese de ocorrência de sinistro que exceda o LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, CUSTOS DE DEFESA e/ou custos de investigação, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.

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

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

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

12.9 - Na hipótese de continuidade do contrato, a SEGURADORA poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

12.10 - Sob pena de perder o direito à indenização securitária, o SEGURADO participará o Sinistro à SEGURADORA, tão logo tome conhecimento, e adotará as providências imediatas para minorar suas consequências.

13 – FRANQUIAS E/OU PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO

13.1 - Desde que acordado entre as partes, serão aplicadas franquias e/ou participação obrigatória do Segurado (POS) estabelecidas por ocasião da contratação do seguro e expressamente constantes nesta apólice, nos prejuízos abrangidos pelas coberturas contratadas.

14 – INSPEÇÃO E VISTORIA DE SINISTRO

14.1 – Inspeção

14.1.1 - A SEGURADORA se reserva no direito de realizar inspeção nas instalações do **SEGURADO**, ficando entendido e acordado que entre a data dessa solicitação e sua realização, ficarão suspensos os 15 (quinze) dias previstos para análise da aceitação do risco.

14.1.2 - Fica ainda acordado que, para fins de aceitação do Seguro proposto, a **SEGURADORA** reserva-se o direito de requerer adequações nos sistemas de prevenção, proteção ou processos aos quais estejam relacionados à cobertura do Seguro, o que será feito por escrito e estipulando-se prazo hábil para execução de tais providências.

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

14.2 – Vistoria de Sinistro

A **SEGURADORA** também se reserva no direito de realizar a vistoria de sinistro para apuração de fatos, e/ou obtenção de mais informações que contribuam com o processo de análise de sinistro e/ou levantamento de eventuais **PREJUÍZOS** sofridos.

15 – CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

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

15.2 - 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 **SEGURADORA** s envolvidas.

15.3 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.

15.4 - A indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em hipótese alguma, o valor do **PREJUÍZO** vinculado à cobertura considerada.

15.5 - Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em Apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Sociedades Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

I – será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do **SEGURADO**, **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO** da cobertura e cláusulas de rateio;

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

a) se, para uma determinada Apólice, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de 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 não se trate da hipótese prevista no item ‘a’ anterior, “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.

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

15.7 – Salvo disposição em contrário, a Sociedade Seguradora que tiver participado com a maior parte da indenização ficará encarregada de negociar os salvados e repassar a quota-parte, relativa ao produto desta negociação, às demais participantes.

15.8 – A **SEGURADORA** não oferecerá cobertura específica para despesas de salvamento. O limite máximo da garantia contratada será também utilizado, até sua totalidade, para cobrir as despesas de salvamento e os valores referentes aos danos materiais comprovadamente causados pelo **SEGURADO** e/ou por terceiros na tentativa de evitar o sinistro, minorar o dano ou salvar a coisa.

16 – TRANSFERÊNCIA DE APÓLICES

16.1 - Em caso de transferência plena dos riscos compreendidos na Apólice precedente, a nova Sociedade Seguradora poderá, mediante cobrança de prêmio adicional e desde que não tenha ocorrido solução de continuidade do Seguro, admitir **PERÍODO DE RETORATIVIDADE DE COBERTURA** da Apólice precedente.

16.2 - Uma vez fixada data limite de retroatividade igual ou anterior à Apólice vencida, a Sociedade Seguradora precedente ficará isenta da obrigatoriedade de conceder os prazos complementar e suplementar. Porém, se a data limite de retroatividade, fixada na nova Apólice, for posterior à data limite de retroatividade precedente, o **SEGURADO**, na Apólice vencida, terá direito à concessão de **PRAZO COMPLEMENTAR** e, quando contratado, de **PRAZO SUPLEMENTAR**. E neste último caso, a aplicação dos prazos adicionais ficará restrita à apresentação de reclamações de terceiro relativos a danos ocorridos no período compreendido entre a data limite de retroatividade precedente, inclusive, e a nova data de limite de retroatividade.

17 – TRANSFORMAÇÃO DE APÓLICES

A Sociedade Seguradora não disponibilizará a possibilidade de transformar a apólice à base de reclamações em apólice à base de ocorrências.

18 – RESCISÃO E CANCELAMENTO

18.1 - O Seguro será cancelado automaticamente quando:

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

18.1.2 - O risco se filiar a atos ilícitos dolosos do **SEGURADO**, do beneficiado pelo Seguro, ou dos representantes e seus funcionários, quer de um, quer de outro;

18.2 - O Seguro poderá ser cancelado ainda:

18.2.1 - Por iniciativa do **SEGURADO**, obtida a concordância da outra parte, retendo a **SEGURADORA** o prêmio referente a cobertura decorrida, calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto no item “Pagamento de Prêmio”;

18.2.2 - Por iniciativa da **SEGURADORA**, obtida a concordância da outra parte, esta reterá o valor do prêmio pago proporcional ao tempo de cobertura decorrido, ou seja, calculado na base “pro-rata temporis”. (Nota: os valores eventualmente restituídos serão atualizados monetariamente desde a data do recebimento da solicitação do cancelamento, quando a pedido do **SEGURADO**, ou a partir da data do efetivo cancelamento se o mesmo ocorrer por iniciativa da **SEGURADORA**, conforme legislação vigente);

18.2.3 - Quando a indenização ou a série de indenizações pagas atingirem o **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO** para as coberturas especificamente discriminadas e/ou atingir o **LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO** expressamente estabelecido nesta Apólice;

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

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

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

19 – SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

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

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

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

20 – FORO

Fica estabelecido que as questões judiciais entre **SEGURADO** e **SEGURADORA** serão dirimidas no foro do domicílio do **SEGURADO**. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diferente do domicílio do **SEGURADO**.

21 – PRESCRIÇÃO

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

22 – CLÁUSULA DECLARATÓRIA

22.1 Quando o período de retroatividade, indicado na Apólice, for anterior ao início da vigência da primeira Apólice do Seguro, o **SEGURADO** deverá apresentar declaração informando desconhecer a ocorrência, durante o proposto período de retroatividade, de quaisquer fatos ou atos que poderiam dar origem, no futuro, a uma **RECLAMAÇÃO** garantida pelo Seguro.

22.2 A declaração será exigida tanto na contratação inicial de uma **APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES**, quando acordado período de retroatividade anterior à data de início de vigência, quanto na hipótese de transferência da Apólice para outra **SEGURADORA**, se houver manutenção, ainda que parcial, do período de retroatividade do Seguro transferido.

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

23 – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

23.2 - O registro deste plano na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização; e

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

24 – DOCUMENTOS DO SEGURO

24.1 - São documentos do presente Seguro, a proposta com seus anexos e, quando for o caso, o respectivo **QUESTIONÁRIO** e a ficha de informações apresentadas pelo **SEGURADO** ou seu corretor à **SEGURADORA** através de documentos físicos, ou ainda, por meio de contratação remota, nos termos da Resolução 294/13 do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP).

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

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

25- GLOSSÁRIO

ANVISA: é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil. 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 Contrato de Seguro. Documento que a **SEGURADORA** emite, com numeração própria de identificação, após a aceitação do risco proposto pelo **SEGURADO**. A Apólice discrimina as coberturas contratadas e as condições aplicáveis.

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

ATO DOLOSO: ações ou omissões voluntárias, que remetam a ação intencional e consciente, violem direito e causem dano a outrem, ainda que exclusivamente moral. Assim como a culpa grave, que é entendida como agravamento da intenção de causar o dano, é risco excluído de qualquer Contrato de Seguro nos termos da legislação em vigor. **Se caracterizado, cancela automaticamente o presente Contrato de Seguro, sem direito à restituição do Prêmio, impedindo qualquer direito à Indenização por Perda e CUSTOS DE DEFESA**

AVISO DE SINISTRO: é a comunicação formal específica de uma **RECLAMAÇÃO** de terceiro efetuado durante o **PERÍODO DE VIGÊNCIA** da Apólice ou que seja efetuada durante o **PRAZO COMPLEMENTAR** ou **PRAZO SUPLEMENTAR**, que o **SEGURADO** é obrigado a fazer à **SEGURADORA** com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do sinistro.

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

COLABORADOR e/ou EMPREGADO: é a pessoa física a serviço do **SEGURADO**, de forma empregatícia, associativa e/ou terceirizada, a qual é remunerada por meio de salários, bônus e/ou comissões e que recebe do **SEGURADO** instruções e direcionamentos do(s) serviço(s) realizado(s).

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto de cláusulas contratuais de caráter genérico que obrigam e dão direitos ao **SEGURADO** e ao Segurador. Referem-se a todos os contratos de um mesmo plano de Seguro e podem ser alteradas por condições e cláusulas de caráter específico de cada Apólice.

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

CONTRATANTE: corresponde ao **SEGURADO**.

CORRETOR: trata-se de Pessoa Física ou Jurídica devidamente habilitada e registrada na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP e legalmente autorizada a intermediar a realização de Contratos de Seguro, podendo representar os interesses do **SEGURADO** perante a **SEGURADORA**.

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

DANO: refere-se a qualquer **PREJUÍZO** ou ônus financeiro sofrido por um Terceiro, desde que diretamente relacionado a **ATO DANOSO**, praticado no contexto da **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS** da cobertura desta Apólice.

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

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

DANO MATERIAL: consiste em qualquer dano físico à propriedade tangível, inclusive todas as perdas e/ou ônus materiais relacionados com o uso dessa propriedade originados por Ato(s) Danoso(s).

DANO MORAL: significa qualquer lesão de interesses não patrimoniais de Pessoa Física ou Jurídica, provocada por determinado(s) Ato(s) Danoso(s)

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

FRANQUIA: refere-se à quantia de responsabilidade do **SEGURADO**, quando aplicável, no pagamento de cada **RECLAMAÇÃO** de **PREJUÍZO(S)** financeiro(s), nos termos da Apólice.

INDENIZAÇÃO: é a contraprestação da **SEGURADORA** ao **SEGURADO** em decorrência de **RECLAMAÇÃO** coberta pela Apólice.

INSPEÇÃO: termo utilizado para definir ato da **SEGURADORA** em 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.

MEIOS REMOTOS DE CONTRATAÇÃO: de acordo com a Resolução CNSP 294/13, considera-se como meios remotos de contratação todos aqueles que permitam a troca e/ou acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologia, tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão, a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite entre outras.

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

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

PREJUÍZO(S): refere-se a: (i) Condenações Pecuniárias imputadas ao **SEGURADO** em virtude judicial transitada em julgado acrescidas de correção monetária e juros de mora (ii) Acordos Judiciais ou Extrajudiciais, inclusive arbitragem; (iii) **CUSTOS DE DEFESA**, incluindo mas não se limitando a danos emergentes ou lucros cessantes.

PRÊMIO: é o preço do Seguro. É o valor pago pelo **SEGURADO** à **SEGURADORA** para que esta assuma determinados riscos. O prêmio líquido é o preço do Seguro antes de somar-se ao mesmo o custo de emissão da **SEGURADORA** (custo de apólice), o IOF (imposto sobre operações financeiras) e os juros de parcelamento.

PRESCRIÇÃO: perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido que reclame um interesse, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.

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

PROPOSTA: é o documento no qual o **SEGURADO** e/ou seu corretor de Seguros formaliza a contratação da Apólice mediante documento físico ou contratação remota, nos termos da Resolução CNSP n.º 294/2013.

QUESTIONÁRIO: declarações enviadas à **SEGURADORA** por meios físicos ou remotos, diretamente pelo Segurado, ou quando por este autorizado, por seu Corretor de Seguros e/ou Representante Legal. Referem-se às informações para fins de análise e dimensionamento do risco. É parte integrante da Apólice e pode ser usado para fins de regulação de sinistros.

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

REGULAÇÃO DE SINISTRO: trata-se do processo através do qual a **SEGURADORA** analisa as circunstâncias e a documentação das Reclamações avisadas pelos **SEGURADO(S)**, para, no caso de enquadramento nos Riscos Cobertos da Apólice, providenciar a indenização devida nos termos da Apólice.

SEGURADO: refere-se ao contratante da Apólice: (i) Pessoa física na qualidade de profissional habilitado na área da saúde, incluindo, mas não se limitando a enfermeiros, biomédicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, professores de educação física, terapeutas e veterinários, para a realização de serviços especializados; ou (ii) Pessoa Jurídica e a qualquer filial deste, nos casos em que haja o acionamento direto deste como réu em ação judicial.

SEGURADORA: é a **ARGO SEGUROS BRASIL S/A** registrada no CNPJ/MF sob o número 14.868.712/0001-31, empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil como tal e que recebendo o prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo Contrato de Seguro.

SEGURO A PRIMEIRO RISCO ABSOLUTO: tipo de contratação através da qual a **SEGURADORA** responde integralmente pelos **PREJUÍZOS** indenizáveis até o montante dos Limites Máximos de Indenização de cada cobertura, respeitado o **LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA** da Apólice e a Franquia, não se aplicando, em qualquer hipótese, a cláusula de rateio.

TERCEIROS(S): Pessoa que, envolvida num sinistro, não represente nenhuma das duas partes do Contrato de Seguro (**SEGURADO** e **SEGURADORA**). Não se incluem na definição de terceiro os parentes que dependam economicamente do **SEGURADO**, cônjuge, funcionários, sócios ou representantes do **SEGURADO** e prepostos.

SINISTRO: é o termo que define a ocorrência de uma **RECLAMAÇÃO** coberta pela Apólice.

VISTORIA DE SINISTRO: termo utilizado para definir ato do Segurador em realizar trabalho de visita ao local da ocorrência do Sinistro, a fim de apurar o montante dos **PREJUÍZO** sofridos pelo terceiro pela efetivação do

ATO DANOSO previsto e coberto no Contrato de Seguro.

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

03 – OBJETIVO DO SEGURO

3.1 - A SEGURADORA pagará os valores relativos a condenações pecuniárias, acordos e despesas de defesa incorridas por conta de **RECLAMAÇÃO** feita por **TERCEIROS** contra o **SEGURADO**, em razão da ocorrência de eventos cobertos pela Apólice, relacionados à **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS** do **SEGURADO**, no exercício profissional, como **DENTISTA**, ou como prestador de serviços de Odontologia, quando contratado como Pessoa Jurídica.

05 - RISCOS EXCLUÍDOS

5.3 – GARANTIAS E CONVENÇÕES PARTICULARES

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

07 – DEMAIS CARACTERÍSTICAS DO SEGURO

7.7 – Segurado

Além das definições constantes na Cláusula 1 desta apólice, considera-se também como **SEGURADO(S)**

7.7.1 - Estritamente, como Pessoa Jurídica:

- Os sócios, diretores e demais executivos, enquanto desempenhando suas atividades profissionais como **DENTISTA** em nome do contratante deste Seguro.

- Os empregados do **SEGURADO** enquanto desempenhando suas atividades profissionais para a sociedade de dentistas e desde haja o acionamento direto do **SEGURADO** como réu em ação

judicial, da qual conste, dos atos(s) e/ou fato(s) declarados pelo(s) autor(es), causados por seu(s) empregado(s).

7.7.2 - Na figura de Pessoa Física ou Jurídica:

- O cônjuge, herdeiro(s), representantes legais e espólio, caso o **SEGURADO** venha a falecer ou tornar-se incapaz civilmente, no desempenho de sua **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**.

A incluir:

7.9. Salvo disposição em contrário, a responsabilidade máxima aceita por esta Seguradora para fins de pagamento de honorários advocatícios relacionados à defesa do Segurado, aplicável por reclamação é de:

- a) na esfera cível: até 10% (dez por cento) do VALOR DO PEDIDO na ação judicial, limitada ao máximo de R\$ 28.000,00 (vinte e oito mil reais).**
- b) na esfera criminal: até R\$ 8.000,00 (oito mil reais).**
- c) na esfera administrativa: até R\$ 8.000,00 (oito mil reais).**

25- GLOSSÁRIO

A substituir:

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

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

SEGURADO: refere-se ao contratante da Apólice: (i) Pessoa física na qualidade de **DENTISTA**; ou (ii) Pessoa Jurídica e a qualquer filial deste, nos casos em que haja o acionamento direto deste como réu em ação judicial.

A incluir:

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

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

VALOR DO PEDIDO: corresponde à providência jurisdicional pretendida, considerando o sentido imediato (aspecto processual) e mediato (aspecto material) da demanda, incluindo, mas não limitando, a danos materiais, morais, corporais e estéticos.

RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA PARTICULAR Nº 01: COBERTURA DE HONORÁRIOS RETIDOS

1.1 A presente cobertura adicional garante os valores não recebidos pelo **SEGURADO**, a título de remuneração, honorários, comissão, ou forma similar de pagamento decorrentes de sua **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**, quando:

1.1.1 O **SEGURADO** venha a sofrer eventual retenção de pagamento(s), cuja recusa de terceiro(s) seja pautada em alegado dano causado pela **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**, excluindo-se porém sua margem de lucro e respectivas taxas e impostos; ou

1.1.2 O **SEGURADO** conceder a terceiro isenção de pagamento, **condicionada à sua desistência de ingressar RECLAMAÇÃO em esfera administrativa ou judicial em face do SEGURADO, e cujos efeitos sejam cobertos por esta Apólice.**

1.2 Esta cláusula de cobertura não se soma às demais cláusulas de cobertura da apólice e, **em caso de indenização, terá seus valores deduzidos até o respectivo LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO** contratado, nunca podendo ultrapassar o **LIMITE MAXIMO DE GARANTIA** da Apólice.

Os demais termos e condições da presente Apólice permanecem inalterados.

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

2.1 A presente cobertura adicional garante, caso algum terceiro entenda que o **SEGURADO**, no desempenho da **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS** contratados, praticou algum ato de calúnia, injúria ou difamação, as despesas de defesa, bem como fará o pagamento da indenização, caso seja necessário.

2.2 Esta cláusula de cobertura não se soma às demais cláusulas de cobertura da apólice e, **em caso de indenização, terá seus valores deduzidos até o respectivo LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO** contratado, nunca podendo ultrapassar o **LIMITE MAXIMO DE GARANTIA** da Apólice.

Os demais termos e condições da presente Apólice permanecem inalterados.

CLÁUSULA PARTICULAR N.º 08: COBERTURA DE PAGAMENTOS SUPLEMENTARES

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

8.2 Esta cláusula de cobertura não se soma às demais cláusulas de cobertura da apólice e, **em caso de indenização, terá seus valores deduzidos até o respectivo LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO** contratado, nunca podendo ultrapassar o **LIMITE MAXIMO DE GARANTIA** da Apólice.

Os demais termos e condições da presente Apólice permanecem inalterados.

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

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

16.2 A INCLUIR NAS DEFINIÇÕES DA APÓLICE:

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

Os demais termos, condições e exclusões da apólice permanecem inalterados.