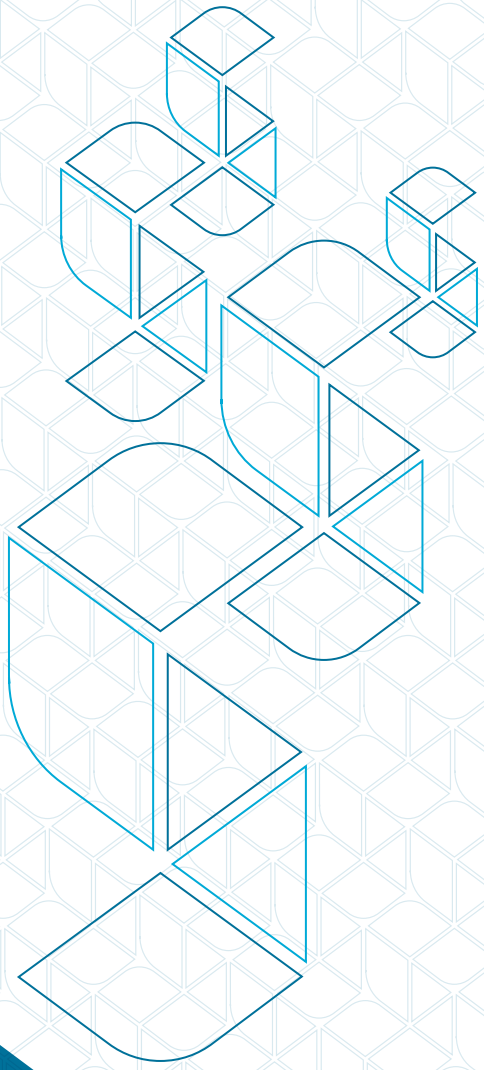
essor
Seguradora do Grupo SCOR



CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL "E&O"

essor.com.br

SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL "E&O"

Processo SUSEP n.º 15414.604525/2022-48

essor
Seguradora do Grupo SCOR

SUMÁRIO

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL – E&O 5

GLOSSÁRIO TÉCNICO 5

1. APRESENTAÇÃO 15

2. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO 15

3. OBJETIVO DO SEGURO 16

4. RISCOS COBERTOS 19

5. EXCLUSÕES GERAIS 20

6. LIMITE DE RESPONSABILIDADE DA APÓLICE 24

7. FORMA DE CONTRATAÇÃO 25

8. FRANQUIA / PARTICIPAÇÕES OBRIGATÓRIAS DO SEGURADO (POS) 26

9. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS 26

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO 28

11. ACEITAÇÃO DO RISCO 28

12. VIGÊNCIA 30

13. RENOVAÇÃO 30

14. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES 31

15. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS 32

16. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO CONTRATO 32

17. PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO 33

18. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO 35

19. PERDA DE DIREITOS 36

20. PRESCRIÇÃO 37

21. ATUALIZAÇÃO DE VALORES 37

22. REINTEGRAÇÃO 38

23. FORO 39

24. ARBITRAGEM 39

25. DOCUMENTOS DO SEGURO 39

26. OUVIDORIA 39

27. EMBARGOS E SANÇÕES 39

28. EXCLUSÃO DE DOENÇA TRANSMISSÍVEL.....40

CONDIÇÕES PARTICULARES DO SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL - E&O 41

CLÁUSULA PARTICULAR N.º 01 - COBERTURA DE JOINT VENTURE (ASSOCIAÇÕES COMERCIAIS).....41

CLÁUSULA PARTICULAR N.º 02 - EXTENSÃO DE COBERTURA PARA RESPONSABILIDADE POR FALHAS NOS SISTEMAS DE TECNOLOGIA DO SEGURADO 42

CLÁUSULA PARTICULAR N.º 03 - RESPONSABILIDADE CIVIL DE PROFISSIONAIS DE ENGENHARIA E ARQUITETURA 43

CLÁUSULA PARTICULAR N.º 04 - RESPONSABILIDADE CIVIL DE ADVOGADOS 44

CLÁUSULA PARTICULAR N.º 05 - RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL PARA MÉDICOS 45

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL - E&O

GLOSSÁRIO TÉCNICO

O Glossário contém termos e expressões que tem por objetivo elucidar as dúvidas que porventura possam existir na leitura e interpretação das Condições Gerais, Especiais e Cláusulas Particulares que regem este Contrato de Seguro.

Para os fins deste Contrato, tais termos e expressões terão os seguintes significados e passam a fazer parte integrante das Condições Gerais, Condições Especiais e Cláusulas Particulares.

ACEITAÇÃO
Ato de aprovação, pela Seguradora, de proposta de seguro efetuada pelo Segurado para a cobertura de seguro de determinados riscos e que servirá de base para a emissão da apólice.

ADICIONAL DE FRACIONAMENTO
Juros cobrados pela Seguradora quando o prêmio do Seguro é parcelado.

ADITIVO
Disposições complementares acrescentadas a uma Apólice já emitida, modificando-a de alguma forma. Entre as possibilidades, citamos: alterações na cobertura, cobrança, de prêmio adicional, e prorrogação do período de vigência, dentre outras. O ato que formaliza a inclusão do aditivo na apólice é denominado "**endosso**".

AGRAVAÇÃO DO RISCO
São circunstâncias que aumentam a intensidade (dimensão e severidade) ou a probabilidade (frequência) de ocorrer um sinistro, independentes ou não da vontade do Segurado e que, dessa forma, indicam um aumento do prêmio ou alteração das condições normais deste contrato de seguro, inclusive a perda do direito à garantia do seguro, se a agravação do risco for intencional pelo Segurado, seus prepostos e representantes.

ÂMBITO GEOGRÁFICO
Termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou da apólice. Extensão na qual o seguro ou a cobertura é válida.

APÓLICE
É o contrato de seguro, que estabelece os direitos e obrigações da Seguradora e do Segurado.

APÓLICE À BASE DE OCORRÊNCIA ("OCCURRENCE BASIS")
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 previamente aprovado pela Seguradora, desde que:

a) Os danos ou Fato Gerador 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 ("CLAIMS MADE BASIS")

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 judicial civil, decisão arbitral ou decisão administrativa, ou por acordo aprovado pela Seguradora, desde que:

a) Os danos ou Fato Gerador tenham ocorrido durante o período de vigência da apólice ou durante o período de retroatividade; e

b) O terceiro apresente a reclamação ao Segurado:

1. Durante a vigência da apólice; ou

2. Durante o prazo complementar, quando aplicável; ou

3. Durante o prazo suplementar, quando aplicável.

Não é permitida a contratação de apólices à base de reclamações para seguros de responsabilidade civil contratados por um período inferior a 12 (doze) meses. Excetuam-se os casos em que o Segurado pretenda fazer coincidir o término da apólice de seguro de responsabilidade civil à base de reclamações com o término de vigência de outras apólices, todas contratadas por ele em uma mesma Seguradora.

APÓLICE À BASE DE RECLAMAÇÕES COM NOTIFICAÇÃO

Tipo especial de Apólice a base de reclamações que cobre, também, Reclamações futuras de terceiros prejudicados, relativas a fatos ou circunstâncias ocorridas 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.

A apólice à base de reclamações indicará expressamente em destaque em sua especificação, além de sua vigência, o período de retroatividade de cobertura ou a data retroativa de cobertura.

Caso não seja entregue notificação a respeito de fatos ou circunstâncias ocorridas durante aquela vigência em específico, e destes resultem danos pelos quais advenha reclamação no futuro pelos terceiros prejudicados, será acionada a Apólice que estiver vigente à época da Reclamação, conforme definido como Apólice à Base de Reclamações.

ART

Anotação de Responsabilidade Técnica (Instituída pela Lei Federal Nº 6.496/77 e Resolução nº 1025/09). Trata-se de um documento utilizado pelos Crea's para o registro da responsabilidade técnica do profissional em obras e serviços técnicos, por cargos ou funções e no cadastramento de seu Acervo Técnico.

ATO ILÍCITO /ATO DANOSO

Ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, que viole direito e cause dano a outrem, ainda que exclusivamente moral.

ATO DESONESTO DE EMPREGADOS

Refere-se a qualquer conduta dolosa ou de má-fé de um Empregado que:

a) Não tenha sido aprovada ou consentida, expressa ou implicitamente pelo Segurado; e

b) Resulte em responsabilidade civil do Segurado.

ATO (ILÍCITO) CULPOSO
Ação ou omissão involuntária, que viole direito e causem dano a outrem, decorrente de negligência ou imprudência do agente.

ATO (ILÍCITO) DOLOSO
Ação ou omissão voluntária, que viole direito e/ou cause dano a outrem, ainda que exclusivamente moral.

AVISO DE SINISTRO
É a comunicação formal específica de uma reclamação de terceiros, efetuada durante o período de vigência da apólice, ou Prazo Complementar ou Prazo Suplementar (se aplicável), que o Segurado obrigado a fazer à Seguradora para dar a esta, conhecimento imediato da ocorrência do sinistro.

BENEFICIÁRIO
Pessoa física ou jurídica a quem o Segurado reconhece o direito de receber a indenização, ou parte dela, devida pelo seguro. Os beneficiários podem ser certos (determinados) quando constituídos nominalmente na apólice, ou incertos (indeterminados) quando desconhecidos no momento da contratação do seguro.

BOA-FÉ
Princípio da confiança. Ato de transparência. Isento de vício. É o procedimento absolutamente honesto que têm as partes, agindo ambas com transparência e de acordo com a lei.

CANCELAMENTO
Dissolução antecipada do contrato de seguro, em sua totalidade, por determinação legal, por acordo, por inadimplemento do Segurado, ou parcialmente, em relação a uma determinada cobertura, por acordo ou exaurimento do limite máximo de indenização ou **agregado** da mesma. O cancelamento do seguro, total ou parcial, por acordo entre as partes, denomina-se **RESCISÃO**.

CAU
Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Brasil.

COBERTURA
São as situações garantidas por esta apólice.

CONDIÇÕES GERAIS
Conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas desta apólice de seguro, o qual estabelece os direitos e as obrigações do Segurado e da Seguradora.

CONDIÇÕES PARTICULARES
Conjunto de cláusulas individuais de cada Segurado, anexas à apólice, que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.

CONTRATO DE SEGURO
Aquele que estabelece para uma das partes (Seguradora), mediante recebimento de um prêmio da outra parte (Segurado), a obrigação de garantir interesse legítimo do Segurado, indenizando determinada quantia, uma vez sobrevindo o sinistro referente ao risco predeterminado no mesmo contrato.

CORRETOR DE SEGURO
Pessoa natural ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e a promover contratos de seguro, entre a Seguradora e o proponente do seguro. Dentre as funções que executa, está a de orientar o Segurado quanto ao seguro mais conveniente e que atenda a sua necessidade e comumente, representá-lo perante a Seguradora. O corretor de seguros não é um empregado das Seguradoras.

CONTROLADA
Refere-se a qualquer sociedade ou pessoa jurídica em que o Segurado:

I. Detenha, direta ou indiretamente, mais de 50% dos direitos de voto; ou

II. Tenha direito a nomear a maioria dos membros do conselho de administração (ou equivalente); ou

III. Tenha direito, segundo acordo por escrito com outros acionistas, a nomear a maioria dos membros do conselho de administração (ou equivalente).

CREA
Conselho Regional de Engenharia e Agronomia nos seus respectivos Estados.

CULPA GRAVE
Culpa equiparável ao dolo por suas características pelas quais, apesar de não pretender deliberadamente atingir o resultado danoso, a adoção de determinada conduta pelo Segurado, considerando o entendimento razoável que dele se espera, torna evidente a assunção do risco de sua produção. Tal condição deverá ser confirmada por sentença transitada em julgado, nos termos da cláusula 5.1.1 das Condições Gerais da Apólice.

CUSTO DE DEFESA DO SEGURADO
Custas judiciais do foro cível e/ou qualquer instância administrativa, honorários de advogados e demais despesas relacionadas com o processo e a defesa do Segurado; Incluem-se nesse conceito as despesas razoáveis e necessárias de comparecimento às esferas judiciais, despendidas pelo Segurado enquanto Réu, **excetuando-se os Custos de Defesa na Esfera Criminal**, que somente estarão cobertos se forem exclusivamente decorrentes de uma Reclamação coberta pelo seguro nas esferas cível e administrativa.

CUSTOS EMERGENCIAIS DE DEFESA
Correspondem as despesas razoáveis incorridas pelo Segurado visando evitar uma Reclamação ou potencial Reclamação quando este não puder obter o consentimento por escrito e imediato da Seguradora antes de incorrer em Custos de Defesa, exclusivamente nas hipóteses de:

I. Ordem ou Mandado Judicial ou Extrajudicial que imponha restrições de direito e/ou de liberdade ao Segurado; ou

II. Quando o Segurado tome ciência formal de uma Reclamação durante período de férias, períodos de descanso ou recesso ou quando a formalização à Seguradora não seja possível em virtude de impossibilidade de comunicação; ou

III. Quando a Reclamação requeira providências urgentes, sob pena de perda de direito à defesa do Segurado caso fosse esperada a autorização da Seguradora.

DANOS
Para efeitos desta apólice, trata-se do ATO DANOSO, exclusivamente experimentado pelo terceiro, indenizável ou não, de acordo com as condições e coberturas estabelecidas nesta

apólice, cuja responsabilidade seja atribuída ao Segurado e exclusivamente relacionado com sua atividade profissional.

DANO CORPORAL
Lesão exclusivamente física causada ao corpo da pessoa. Danos classificáveis como mentais ou psicológicos não estão abrangidos por esta definição.

DANO ESTÉTICO
Sub-espécie de dano corporal, que se caracteriza pela redução ou eliminação do padrão de beleza, mas sem ocorrência de sequelas que interfiram no funcionamento regular do organismo.

DANO MATERIAL
Toda alteração de um bem corpóreo que reduza ou anule seu valor econômico, como, por exemplo, deterioração, estrago, inutilização ou destruição. Não se enquadram neste conceito a redução ou a eliminação de disponibilidades financeiras já existentes, tais como dinheiro, créditos ou valores mobiliários, que são consideradas prejuízos financeiros. A redução ou a eliminação da expectativa de lucros ou ganhos de dinheiro e/ou valores mobiliários também não se enquadra na definição de Dano Material, mas sim na de "Perda Financeira".

DANO MORAL
Lesão, praticada por outrem, ao patrimônio psíquico ou à dignidade da pessoa, ou, mais amplamente, aos direitos da personalidade, causando sofrimento psíquico, constrangimento, ou qualquer tipo de desconforto. Para as pessoas jurídicas, são as Perdas Financeiras, não contabilizáveis, decorrentes de ofensa ao seu nome ou à sua imagem, independentemente da ocorrência simultânea de outros Danos.

DATA RETROATIVA DE COBERTURA
Data pactuada entre as partes que é, no mínimo, a data de início do Período de Vigência do Seguro da primeira de uma série sucessiva e ininterrupta de apólices à base de reclamações, a partir da qual e até o término do Período de Vigência do Seguro da última apólice encontram-se cobertos os riscos expressamente definidos no contrato de Seguro.

DESPESAS DE PUBLICIDADE
Despesas com consultores contratados pelo Segurado, desde que previamente autorizados pela Seguradora, para mitigar os efeitos adversos em sua reputação advindos de uma Reclamação decorrente de uma Falha Profissional, feita pela primeira vez durante o Período de Vigência do seguro, desde que tal Reclamação tenha se tornado de conhecimento público por meio de divulgação pela mídia e se os fatos ou acontecimentos estiverem relacionados diretamente à Atividade Profissional do Segurado e cobertos por esta apólice.

DESPESAS DE SALVAMENTO
Para fins desta apólice, são as despesas incorridas pelo Segurado, com a tomada de medidas imediatas, após a ocorrência de uma reclamação coberta que vise reduzir suas consequências.

DOCUMENTO
Inclui todos os documentos, sejam eletrônicos ou impressos que pertençam ao Segurado ou pelos quais o Segurado seja legalmente responsável, enquanto sob custódia deste, ou sob custódia de qualquer outra pessoa ou a quem este tenha confiado no curso usual dos Serviços Profissionais desenvolvidos pelo Segurado.

DOLO
Má-fé. Qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro; vontade conscientemente dirigida a prática de um ato ilícito.

EMPREGADO
Refere-se à pessoa física enquanto a serviço formal do Segurado no curso ordinário do negócio do Segurado, mediante remunerações e/ou comissões, tendo o Segurado direito a comandar, instruir e/ou dirigir o desenvolvimento dos Serviços Profissionais. Esta definição não inclui subcontratados, nem tampouco Diretores, Administradores ou sócios do Segurado, seu cônjuge, herdeiro, ascendente ou descendente.

ENDOSSO
Documento através do qual é formalizada toda e qualquer alteração na apólice, durante a sua vigência, acordada entre Segurado e/ou seu representante e/ou seu corretor e a Seguradora. Este documento fica anexado à apólice, dela fazendo parte integrante.

ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE
Resumo consolidado do contrato de seguro, constante de forma inseparável da apólice. A Especificação contém, entre outros elementos: nome e endereço do Segurado; descrição das cláusulas constantes da apólice – Condições Gerais, Especiais e Particulares; Limite Máximo de Indenização da apólice; Limite Agregado; Sublimite(s) para determinado(s) risco(s) especial(is) ou situação(ões) de cobertura(s); Franquia; Período de Vigência do Seguro; Data de Início; Data de Término; forma e prazos de pagamento do prêmio; Âmbito Geográfico.

EXTRAVIO DE DOCUMENTOS
É o desaparecimento de Documentos por caso fortuito ou de força maior, bem como em decorrência de conduta culposa.

FATO GERADOR
É qualquer acontecimento que produza danos, garantidos pelo seguro e atribuídos, por **terceiros** pretensamente prejudicados, à responsabilidade do Segurado.

FRANQUIA
Para fins desta apólice, é o valor designado em sua Especificação, sendo que a Seguradora somente indenizará os sinistros que excederem a tal valor, o qual será sempre deduzido de qualquer indenização a ser paga ao Segurado.

FURTO DE DOCUMENTOS
É a subtração de documento sem emprego da força e violência.

IMPORTÂNCIA SEGURADA
Valor escolhido pelo Segurado para garantir as perdas decorrentes dos riscos cobertos, para cada uma das coberturas indicadas nesta apólice.

As Importâncias Seguradas discriminadas em cada cobertura da apólice representam em relação àquela cobertura, o limite máximo de responsabilidade da Seguradora por reclamação ou série de reclamações resultantes de um mesmo evento.

INDENIZAÇÃO
Pagamento efetuado pela Seguradora ao Segurado quando da ocorrência do Sinistro coberto pela Apólice.

LIMITE AGREGADO (LA)
Valor total máximo indenizável por cobertura no contrato de seguro, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos e despesas relacionadas aos sinistros ocorridos durante o período de vigência do seguro, sendo previamente fixado e estipulado como o produto do Limite Máximo de Indenização - LMI por um fator superior ou igual a um.

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

Não obstante a ampliação prevista no conceito de Limite Agregado, o LMI continua sendo o limite máximo de responsabilidade da Seguradora por sinistro ou ocorrência e também na série de sinistros resultantes de um mesmo evento.

LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA DA APÓLICE (LMGA)
É o valor máximo a ser pago pela Seguradora com base nesta Apólice na hipótese de determinado Evento abranger mais de uma cobertura contratada simultaneamente. Nesta situação o Limite Máximo de Garantia da Apólice estará fixado na especificação da apólice com valor menor ou igual à soma dos limites máximo de Indenização estabelecida para cada cobertura contratada. Se a soma das reparações e/ou despesas, devidas ou pagas pelo Segurado, exceder o LMGA, a Seguradora assumirá o pagamento da Indenização até que totalizem aquele limite, não estando o excesso coberto pelo Seguro.

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO POR COBERTURA (LMI)
Limite máximo de responsabilidade da Seguradora por sinistro ou ocorrência decorrente de um mesmo evento. Caracteriza um mesmo e único sinistro ou ocorrência, todas as reclamações decorrentes de um mesmo e único evento, qualquer que seja o número de reclamantes. O Limite máximo de Indenização por cobertura está indicado na especificação da Apólice. Os limites máximos de indenização estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicando.

LUCROS CESSANTES
São lucros, desde que devidamente comprovados, que deixam de ser auferidos devido à paralisação da atividade e no movimento de negócios do terceiro prejudicado.

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

OCORRÊNCIA
Acontecimento ou evento que pode gerar DANOS CORPORAIS E/OU MATERIAIS, bem como por demais prejuízos quando cobertos por este contrato de seguro, inclusive a exposição contínua ou repetida ao mesmo acontecimento, fato gerador ou evento.

PERDA FINANCEIRA
Significa a quantia que um Segurado seja legalmente obrigado a pagar em decorrência de uma Reclamação relacionada com a **ATIVIDADE PROFISSIONAL** coberta por esta Apólice.

Perda também significa quaisquer outros pagamentos efetuados pela Seguradora por força de qualquer extensão de cobertura expressamente contratada.

Perda não inclui:

a) Quaisquer ordenados, salários, remuneração ou benefícios trabalhistas de qualquer Segurado;

b) Despesa de cumprimento de qualquer liquidação ou compensação não monetária;

c) Quaisquer tributos, multas ou penalidades, exceto multas e penalidades impostas a Terceiros como consequência de um Ato Danoso cometido pelo Segurado;

d) Quaisquer danos agravados, punitivos e exemplares e porção multiplicada de danos múltiplos, em caso de jurisdições que reconheçam tal instituto;

e) Qualquer valor pelo qual o Segurado não seja responsável legalmente;

f) Importâncias que não sejam passíveis de seguro de acordo com as leis do Brasil; e

g) Condenação pelo pagamento de despesas de limpeza ou despoluição.

PERÍODO DE RETROATIVIDADE DA COBERTURA
O espaço de tempo compreendido entre a data retroativa de cobertura da apólice, inclusive, e a data de início da sua Vigência.

PRAZO ADICIONAL
Prazo extraordinário em que estarão cobertas as reclamações apresentadas ao Segurado, por terceiros, contratado junto à Seguradora, com ou sem cobrança de prêmio, conforme estabelecido no contrato de seguro.

O Prazo adicional é composto pelos Prazos Complementar e Suplementar.

PRAZO COMPLEMENTAR
É o prazo adicional para a apresentação, pelo Segurado ou Tomador, de Reclamações de Terceiros, concedido, obrigatoriamente, pela Seguradora, com ou sem cobrança de Prêmio adicional, a partir do término de Vigência da Apólice ou da data de seu cancelamento, quando aplicável, conforme definido na Apólice.

PRAZO SUPLEMENTAR
É o prazo adicional para a apresentação, pelo Segurado ou Tomador, de Reclamações de Terceiros, oferecido a exclusivo critério da Seguradora, mediante a cobrança 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.

PRAZO PRESCRICIONAL
É o prazo fixado em Lei para que o titular de um direito exerça sua pretensão (Ação).

PRÊMIO
É o valor pago pelo Segurado à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade por um determinado risco. O Prêmio líquido é o preço do Seguro antes da inclusão dos custos de emissão da Apólice e IOF (imposto sobre operações financeiras).

PROPONENTE
Denominação dada à pessoa física ou jurídica que procura contratar ou renovar seguro e apresenta os riscos inerentes à garantia pretendida.

PROPOSTA DE SEGURO
É o documento que precede à emissão da apólice, contendo declaração do Segurado referente

aos elementos essenciais do interesse garantido e do risco, com base nos quais a Seguradora aceitou o seguro. A proposta faz parte integrante deste contrato de seguro.

PRO RATA TEMPORIS
Tipo de cálculo cujos resultados são proporcionais ao tempo decorrido. Nos contratos de seguro, diz-se do prêmio quando é calculado proporcionalmente aos dias já decorridos do contrato.

RECLAMAÇÃO
Refere-se às situações abaixo descritas, exclusivamente quando decorrente de Ato Danoso relacionado diretamente à Prestação de Serviço do Segurado durante o seu exercício profissional:

I. Qualquer notificação por escrito de Terceiros dirigida ao Segurado;

II. Processo judicial;

III. Procedimento de arbitragem;

IV. Processo administrativo disciplinar, éticos e regulatórios.

V. Custos de defesa na esfera criminal desde que em consequência de uma Reclamação coberta pelo Seguro nas esferas cível e administrativa.

REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO
Processo de apuração das causas e dos respectivos valores dos Danos consequentes de um sinistro. Tem a finalidade de identificar a responsabilidade ou não do Segurado e da Seguradora, assim como as bases da Indenização, se e quando devida por esta Apólice.

RISCO
É o evento incerto ou de data incerta, que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro.

RISCOS COBERTOS
São os eventos predeterminados nas Condições Gerais, Especiais e Particulares, cuja ocorrência, habilita o Segurado a reivindicar a garantia do seguro, desde que atendidas a todas as disposições deste contrato de seguro.

RISCOS EXCLUÍDOS
São os eventos que o contrato de seguro retira do âmbito de responsabilidade da Seguradora, embora possam gerar responsabilidade civil ao Segurado. Os riscos excluídos são enumerados nas Condições Gerais, Especiais e Particulares da apólice.

ROUBO DE DOCUMENTOS
É a subtração de documentos mediante grave ameaça ou violência, reduzindo a possibilidade de resistência da vítima.

RRT
Registro de Responsabilidade Técnica (Instituída pela Lei Federal Nº 12.378/10).

SEGURADO
Conforme estabelecido na Especificação da apólice, entende-se por Segurado:

a) Pessoa física na qualidade de prestador de serviços; ou

b) Pessoa jurídica e qualquer controlada deste, incluindo os Empregados, atuais ou anteriores, somente enquanto prestarem Serviços exclusivamente em nome do Segurado

ou da Controlada, estando à este vinculado por meio de Contrato de Prestação de Serviços, por relação empregatícia no regime da CLT, desde que agindo sob direção, supervisão e mando deste.

SEGURADORA
Empresa legalmente constituída e autorizada para assumir e garantir riscos, mediante o pagamento de prêmio pelo Segurado.

SEGURO À PRIMEIRO RISCO ABSOLUTO
É o Seguro que em caso de sinistro, a Seguradora responderá pelo pagamento das perdas até o Limite Máximo de Garantia ou Limite Agregado indicado na apólice.

SERVIÇOS FINANCEIROS PROFISSIONAIS
Serviços financeiros prestados no curso ordinário do negócio (bancos, instituições financeiras, corretores de valores, administradores e fundos e capitais de riscos, entre outros).

SERVIÇOS PROFISSIONAIS
Atividades profissionais listadas na Especificação da apólice, desenvolvidas pelo Segurado para Terceiros.

SINISTRO
É a ocorrência e concretização do evento futuro e incerto, relacionado a um risco coberto e não excluído pelo contrato de seguro, desde que atendidos todos os termos e condições desta apólice.

SUBCONTRATADOS
Consultores independentes ou subcontratados que prestam serviços ao Segurado mediante contrato. **Esta definição não inclui os Empregados.**

SUBSIDIÁRIA
Vide **CONTROLADA.**

TERCEIRO
Qualquer pessoa natural ou jurídica prejudicada em um sinistro, exceto o próprio Segurado, seus ascendentes, descendentes, cônjuge e irmãos, bem como quaisquer pessoas que com ele residam ou que dele dependam economicamente e, ainda, os prepostos, os empregados, bolsistas, estagiários, temporários, prestadores de serviços e os sócios, administradores e diretores do Segurado.

VIGÊNCIA DA APÓLICE
Prazo de duração do contrato de seguro. Período de cobertura desta apólice de seguro, compreendido entre a data de início e a data de término, estas duas indicadas na Especificação da Apólice.

1. APRESENTAÇÃO

Apresentamos as Condições Contratuais do seguro de Responsabilidade Civil Profissional que estabelecem as formas de funcionamento das coberturas contratadas e dos riscos excluídos.

Este seguro é regido pela legislação aplicável aos contratos de seguro, pelas disposições legais e pelas presentes Condições Gerais, Especiais, Particulares e eventuais endossos.

Serão consideradas em cada caso, somente as condições correspondentes às coberturas expressamente previstas e discriminadas nestas Condições Contratuais, desprezando-se quaisquer outras, mesmo que existentes em produto similar.

Para os casos não previstos nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

Mediante a contratação do seguro, o Segurado declara conhecer e aceitar as cláusulas limitativas que se encontram inseridas no texto destas Condições Contratuais.

OBSERVAÇÕES:

A ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.

ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO, TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.

O REGISTRO DESTE PLANO NA SUSEP É AUTOMÁTICO E NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, APROVAÇÃO OU RECOMENDAÇÃO À SUA COMERCIALIZAÇÃO.

AS PEÇAS PROMOCIONAIS E DE PROPAGANDA DEVERÃO SER DIVULGADAS COM AUTORIZAÇÃO EXPRESSA E SUPERVISÃO DA SOCIEDADE SEGURADORA, RESPEITADAS RIGOROSAMENTE ESTAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

O SEGURADO PODERÁ CONSULTAR A SITUAÇÃO CADASTRAL DO SEU CORRETOR DE SEGUROS E DA SEGURADORA NO SITE WWW.SUSEP.GOV.BR.

2. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO

Esta apólice está dividida em três partes assim denominadas:

Condições Gerais: conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas desta apólice, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

Condições Especiais: conjunto de cláusulas relativas a cada modalidade e/ou cobertura e/ou garantia de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais. Nelas encontram-se descritos os riscos cobertos e os riscos não cobertos em cada uma das modalidades e/ou coberturas e/ou garantias.

Condições Particulares ou Cláusulas Específicas: conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais deste seguro, modificando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo coberturas.

3. OBJETIVO DO SEGURO

3.1. O presente seguro garante o pagamento das perdas financeiras cobertas decorrentes de Reclamações de terceiros contra o Segurado por danos causados durante a prestação de serviços profissionais pelos quais o Segurado seja responsabilizado civilmente, observados todos os termos, condições e restrições desta apólice.

3.2. Esta apólice é à base de reclamação com notificação, ou seja, tem como objetivo o pagamento de indenização securitária com base em Reclamações apresentadas à Seguradora entre o início de vigência desta apólice e o fim do prazo complementar ou prazo suplementar, quando aplicável, exclusivamente sobre Fatos Geradores verificados entre a Data Limite de retroatividade e o Término de vigência desta apólice, conforme o caso, devendo ser rigorosamente respeitadas as condições abaixo definidas:

I – CLÁUSULA DE GARANTIA

São condições necessárias para que o Segurado possa pleitear a garantia, sem prejuízo das demais disposições do contrato, 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; e

d) Que as reclamações estejam vinculadas a Fatos Geradores ocorridos durante a vigência da apólice ou durante o período de retroatividade.

II - CLÁUSULA DECLARATÓRIA

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

Esta cláusula 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 para apólice para outra Seguradora, se houver manutenção, ainda que parcial, do período de retroatividade do seguro transferido.

III – CLÁUSULA DE NOTIFICAÇÃO

Esta apólice cobre também, reclamações futuras de terceiros prejudicados, relativas a fatos ou circunstâncias ocorridas 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.

A entrega de notificação, à 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.

Esta cláusula de notificações somente produzirá efeitos se o Segurado tiver apresentado, durante a vigência da apólice, a notificação relacionada ao fato, ou à circunstância,

que gerou a reclamação efetuada pelo terceiro prejudicado.

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

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

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

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

A entrega da Notificação à Seguradora produzirá os seguintes efeitos:

a) Caracterizará o potencial Sinistro como de competência desta Apólice; e

b) Garantirá que as condições desta Apólice serão aplicadas às Reclamações apresentadas à Seguradora mesmo após o final do Prazo Complementar, se aplicável, ou do Prazo Suplementar, se contratado.

Fica entendido e acordado que as Notificações somente produzirão os efeitos aqui previstos se o Segurado tiver apresentado, durante o Período de Vigência, a Notificação relacionada ao fato, ou à circunstância, que gerou, conforme o caso, a Reclamação efetuada pelo terceiro.

IV – PRAZO ADICIONAL PARA APRESENTAÇÃO DE RECLAMAÇÕES

Em nenhuma hipótese o Prazo Adicional, compreendido pelo Prazo Complementar e Suplementar, alterarão o prazo de Vigência desta Apólice.

PRAZO COMPLEMENTAR

Será concedido ao Segurado, um prazo adicional para a apresentação de reclamações por terceiros, com ou sem cobrança de prêmio, conforme vier descrito na Especificação da Apólice, a partir do término de vigência desta Apólice, nos seguintes casos:

a) Não renovação desta Apólice;

b) Renovação com outra Seguradora que não admita, integralmente, o período de retroatividade da apólice precedente;

c) Se a Apólice for cancelada antecipadamente, desde que o cancelamento não tenha ocorrido por determinação legal, por falta de pagamento de prêmio ou pelo esgotamento do Limite Máximo de Garantia desta Apólice;

d) Quando, na renovação da Apólice, houver a exclusão de coberturas previamente contratadas, com relação a estas, desde que não tenham sido canceladas nos termos do item (c) acima.

A concessão do prazo acima, de forma alguma, importa na ampliação do período de Vigência do contrato de seguro. Não haverá aplicação do Prazo Complementar no caso de cancelamento antecipado desta Apólice nas hipóteses do item (d) acima.

O Prazo Complementar concedido não se aplica àquelas coberturas cujo pagamento de Indenizações tenha atingido o respectivo Limite Agregado.

PRAZO SUPLEMENTAR

Exclusivamente durante o Prazo Complementar especificado na cláusula acima, o Segurado poderá solicitar a contratação, somente uma única vez, de um Prazo Suplementar, conforme descrito nas Especificações da Apólice, para apresentar Reclamações à Seguradora, contado a partir do término do Prazo Complementar, **mediante o pagamento de Prêmio adicional**. Sem prejuízo às demais opções, a Seguradora terá a faculdade de aceitar ou não a opção de contratação do Prazo Suplementar.

A opção de contratação do Prazo Suplementar poderá ser exercida pelo Segurado, que 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, não sendo admitido o pagamento proporcional do Prêmio.**

Em caso de contratação de Prazo Suplementar conforme os termos acima, não será possível requerer seu cancelamento ou restituição do Prêmio pago.

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 da Apólice.

O Prazo Suplementar também será aplicado às coberturas previamente contratadas e que não foram incluídas na renovação da apólice, desde que as coberturas não tenham sido extintas por determinação legal ou por falta de pagamento do prêmio.

VI - DATA RETROATIVA DE OCORRÊNCIAS

Caso contratado, também estarão abrangidas no presente contrato, seguindo todos os seus termos e condições, as reclamações de terceiros relativos a Perdas ocorridas a partir da data retroativa de ocorrências, contida nas Especificações.

As disposições deste subitem não alteram o período de vigência deste contrato, aplicando-se apenas às reclamações por Perdas ocorridas entre a "data-limite para ocorrências" prevista na apólice e o término de vigência deste contrato de seguro.

VII - TRANSFERÊNCIA DE APÓLICES

Em caso de transferência plena dos riscos compreendidos na apólice precedente, a nova 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 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 terceiros relativos a danos ocorridos no período compreendido entre a data limite de retroatividade precedente inclusive, e a nova data limite de retroatividade.

VIII - CLÁUSULA DE TRANSFORMAÇÃO DE APÓLICE

Esta Seguradora não disponibilizará a possibilidade de transformar a Apólice à Base de Reclamações em Apólice à Base de Ocorrências durante a vigência da primeira.

3.3. Consideram-se integrantes de uma mesma reclamação todas as Notificações relacionadas a um mesmo fato gerador.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Cobertura Básica – Responsabilidade Civil Profissional (E&O)

4.1.1. Esta apólice garante as reclamações de terceiros contra o Segurado, caracterizadas na forma da Cláusula 3 destas Condições Gerais, desde que a reclamação esteja relacionada com:

a) Danos decorrentes de ações ou omissões culposas na prestação de serviços profissionais pelo Segurado dentro do Âmbito Geográfico estipulado na Especificação desde que as reclamações estejam vinculadas a danos ocorridos durante o período de vigência do seguro ou durante a data limite de retroatividade;

b) Custas judiciais do foro cível e/ou qualquer instância administrativa, honorários de advogados e demais despesas relacionadas com o processo e a defesa do Segurado; Incluem-se nesse conceito as despesas razoáveis e necessárias de comparecimento às esferas judiciais, despendidas pelo Segurado enquanto Réu, **excetuando-se os Custos de Defesa na Esfera Criminal**, que somente estarão cobertos se forem exclusivamente decorrentes de uma Reclamação coberta pelo seguro nas esferas cível e administrativa;

c) Custos Emergenciais de Defesa, entendidos como as despesas razoáveis incorridas pelo Segurado visando evitar uma Reclamação ou potencial Reclamação quando este não puder obter o consentimento por escrito e imediato da Seguradora antes de incorrer em Custos de Defesa, exclusivamente nas hipóteses de:

c.1) Ordem ou Mandado Judicial ou Extrajudicial que imponha restrições de direito e/ou de liberdade ao Segurado; ou

c.2) Quando o Segurado tome ciência formal de uma Reclamação durante período de férias, períodos de descanso ou recesso ou quando a formalização à Seguradora não seja possível em virtude de impossibilidade de comunicação; ou

c.3) Quando a Reclamação requeira providências urgentes, sob pena de perda de direito à defesa do Segurado caso fosse esperada a autorização da Seguradora.

d) Danos decorrentes de reclamações de terceiros, apresentadas contra o Segurado por qualquer violação não intencional de qualquer direito de propriedade intelectual cometido pelo Segurado na execução de serviços profissionais;

e) Reclamações referentes à responsabilização civil do Segurado, apresentadas por terceiros contra o Segurado por qualquer ato desonesto de seus empregados, exclusivamente quando no exercício dos seus Serviços Profissionais;

f) As Perdas financeiras inclusive lucros cessantes desde que resultantes de um risco coberto pelo presente Seguro; e

g) Extravio, roubo ou furto de documentos de clientes, sob custódia e responsabilidade do Segurado;

h) Despesas de publicidade, entendidas como as despesas com consultores contratados pelo Segurado, desde que previamente autorizados pela Seguradora, para mitigar os efeitos adversos em sua reputação advindos de uma Reclamação decorrente de uma Falha Profissional, feita pela primeira vez durante o Período de Vigência do seguro, desde que tal Reclamação tenha se tornado de conhecimento público por meio de divulgação pela mídia e se os fatos ou acontecimentos estiverem relacionados diretamente à Atividade Profissional do Segurado e cobertos por esta apólice.

4.1.2. A Seguradora não se responsabilizará, nos termos desta apólice, pelas Reclamações ou circunstâncias ou Fatos Geradores que pudessem ser conhecidos pelo Segurado antes da data de início do período de vigência do seguro, ou que na opinião justificada da Seguradora, devessem ser do conhecimento do Segurado ou tiverem sido notificadas pelo Segurado em outras apólices contratadas antes da data de início do período de vigência do seguro ou reveladas na última proposta feita à Seguradora.

4.1.3. As garantias previstas nessa cláusula e nos seus respectivos dispositivos serão aplicáveis também em proteção dos interesses do cônjuge e dos demais herdeiros legatários do Segurado, em sobrevindo a morte dele durante a vigência deste contrato de seguro, mantendo-se igualmente todos os exatos termos e condições previstas nesta apólice e que se aplicariam ao Segurado.

5. EXCLUSÕES GERAIS

5.1. Esta Apólice não cobre as hipóteses abaixo, não sendo a Seguradora responsável por qualquer pagamento, garantia ou extensão relacionados ou decorrentes de:

a) Reclamações decorrentes de danos causados por Produtos fabricados, comercializados ou distribuídos pelo Segurado;

b) Danos consequentes de inadimplemento de obrigações puramente contratuais, assim como responsabilidades assumidas, garantias e/ou avais dados pelo Segurado por contratos ou convenções, que não sejam as responsabilidades decorrentes exclusivamente da lei;

c) Reclamações:

c.1) Feitas contra diretor ou executivo do Segurado, se no exercício de sua atividade;

c.2) Decorrentes de obrigações devidas pelo Segurado, enquanto empregador de qualquer empregado, inclusive, mas não limitado a Reclamações por demissão equivocada, injusta ou referente a contrato de emprego ou contratação de consultorias ou contratos de estágio; ou

c.3) De Empregado ou não, alegando assédio sexual, racial ou qualquer outro tipo de assédio e/ou abuso sexual e/ou discriminação por sexo, raça ou deficiência física

e/ou discriminação religiosa ou por idade ou discriminação de qualquer espécie e natureza.

d) Decorrentes de, ou baseadas em, ou atribuíveis a ou em consequência de:

d.1) Devolução, restituição ou compensação de honorários, despesas ou custos pagos ao Segurado, ou quaisquer outros danos considerados não seguráveis segundo a lei;

d.2) Quaisquer ordenados, salários, remuneração, benefícios trabalhistas ou contribuições previdenciárias de qualquer Segurado; ou

d.3) Danos Ambientais, incluindo, mas não se limitando àqueles resultantes da produção, transporte, despejo, dispersão, vazamento, tratamento ou armazenamento de Poluentes que resultem em degradação da qualidade ambiental, bem como qualquer despesa de limpeza, despoluição e recuperação de áreas contaminadas.

e) Decorrentes de, ou baseadas em, atribuíveis a ou em consequência de Serviços Financeiros Profissionais prestados pelo Segurado;

f) Danos resultantes de atos ilícitos dolosos ou culpa grave equiparável ao dolo, praticados pelo Segurado, pelo beneficiário, ou pelo representante legal de um ou de outro. Em se tratando de Segurado pessoa jurídica esta exclusão aplica-se aos sócios controladores da empresa segurada, e/ou seus diretores, e/ou dirigentes e/ou seus administradores bem como seus beneficiários e os respectivos representantes legais;

g) Multas impostas ao Segurado, bem como, as indenizações punitivas e/ou exemplares às quais seja condenado pela justiça, inclusive as despesas de qualquer natureza, relativas a ações ou processos criminais, incluídas, mas não se limitando a multas aplicáveis em acordos entre o Segurado e a CVM ou qualquer outro órgão administrativo ou judicial;

h) Reclamações feitas contra o Segurado em que toda ou parte da reclamação seja direta ou indiretamente baseada em ou atribuível à sua insolvência ou de fornecedores e/ou subcontratados do Segurado;

i) Reclamações em virtude de calúnia, difamação ou falsidade dolosa ou qualquer outro tipo de difamação, de blasfêmia ou obscenidade real ou alegada ou decorrente, de qualquer forma, de pornografia ou de sua produção ou uso, por parte do Segurado ou de terceiros, inclusive Subcontratados;

j) Concorrência Desleal resultante de, baseada em ou atribuível a violação das leis concernentes a concorrência desleal ou à violação da ordem econômica;

k) Reclamações:

k.1) Direta ou indiretamente decorrentes de ou resultantes de asbestos reais ou alegados que estejam relacionados a perdas, lesões ou danos envolvendo uso, presença, existência, detecção, remoção, eliminação ou tentativa de evitar asbestos ou exposições aos mesmos;

k.2) Decorrentes de, baseadas em, atribuíveis a ou em consequência de, direta ou indiretamente, ou que de alguma forma envolvam (i) radiação ionizante ou contaminação por radioatividade ou de combustível nuclear ou de resíduos nucleares da

queima de combustível nuclear; (ii) propriedades radioativas, tóxicas, explosivas ou de outra forma danosa de qualquer produto nuclear explosivo ou componentes nucleares destes e/ou qualquer perda, destruição, dano ou responsabilidade legal direta ou indiretamente causados por, resultante de, ou para os quais tenha contribuído material de armas nucleares;

k.3) Decorrentes de, baseadas em atribuíveis a ou em consequência de ou que de alguma forma envolva, direta ou indiretamente, a descarga, dispersão, liberação ou escape de Poluentes, real, alegada ou ameaçada;

k.4) Decorrentes de, baseadas em atribuíveis a ou em consequência de guerras (sejam ou não declaradas), guerras civis, atos de terrorismo, sabotagem, forças militares, ações armadas internacionais, desordem civil ou ações terroristas.

k.4.1. Caberá à Seguradora, em caso de ato terrorista, comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito e desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;

l) Reclamações resultantes de, ou baseadas em ou atribuíveis a uma ação ou investigação de órgão do governo, comissão ou organismo público com funções de tutela, inspeção, regulação ou controle. Esta exclusão não se aplica às Reclamações resultantes de serviços profissionais prestados pelo Segurado aos organismos aqui identificados.

m) Dano Moral, exceto os que resultarem de um dano material e/ou corporal coberto por este contrato de seguro.

n) O presente contrato não cobre ainda Danos, Despesas ou Custos, ainda que indiretos, de qualquer que seja a espécie, salvo convenção em contrário expressamente prevista na apólice, causados por ou oriundos de:

n.1) Ações de Campos Eletromagnéticos, Elétricos ou Radiação Eletromagnética;

n.2) Amianto ou qualquer produto contendo amianto;

n.3) Chumbo;

n.4) Formaldeído;

n.5) Tabaco e derivados;

n.6) Contaminação por fungos;

n.7) Organismos Geneticamente Modificados;

n.8) Produtos:

a) Pílulas, Medicamentos e Aparelhos de Contracepção;

b) Implantes;

c) Diethylstildestrol (DES);

d) L-Tryptophan;

e) Produtos humanos e derivados;

f) Vacinas;

n.9) TSE/BSE – Encefalopatias Espongiformes Transmissíveis / Encefalopatia Espongiforme Bovina – incluindo Doença Creutzfeldt-Jakob e também quaisquer de suas novas variantes;

n.10) Qualquer Teste Clínico (Clinical Trails);

n.11) AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida;

n.12) Guerra Civil ou Estrangeira, Rebelião, Revolução, Insurreição, Força Militar ou Usurpação de Poder;

n.13) Revolta, Tumultos, Ataques, Sabotagem, Greves ou Lock-out;

n.14) Atos de Terroristas de qualquer espécie;

n.14.1) Caberá à Seguradora, em caso de ato terrorista, comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito e desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;

n.14) Riscos Nucleares;

n.15) Explosivos e munições de guerra;

n.16) Aeronaves, Espaçonaves, Embarcações Fluviais e/ou Marítimas;

n.17) Riscos de navegação aérea e espacial, incluindo a navegação em si e/ou operações de abastecimento;

n.18) Qualquer veículo aéreo ou espacial e/ou qualquer submontagem à qual o Segurado saiba que tenha sido especificamente projetado e fabricado em acordo com normas de aviação para ser instalada em um veículo aéreo ou espacial e que se relacionem diretamente com a segurança, funcionamento ou navegação;

n.19) Multas e Penalidades do próprio Segurado;

n.20) Danos Punitivos e Exemplares;

n.21) Responsabilidade Civil Geral e Responsabilidade Civil Cruzada;

n.22) Poluição Súbita ou Gradual, que significa de uma maneira mais ampla, qualquer dano coberto pela apólice específica de Responsabilidade Civil Ambiental, incluindo custos de limpeza que também não se encontram amparados por esta apólice de seguro;

n.23) Recall de Produtos;

n.24) Custos de Desmontagem e Montagem;

n.25) Qualquer reclamação originada por qualquer dano que ocorra e/ou qualquer ação movida nos EUA/Canadá (incluindo seus territórios);

n.26) Violação de Direitos Autorais e Patentes, Logomarca Registrada, Direitos Autorais não Registrados em decorrência de uma perda puramente financeira, concorrência desleal, falsificação, propaganda enganosa, calúnia, difamação, conspiração, fraude, mentira prejudicial e pirataria;

n.27) Responsabilidade de Diretores e Executivos;

n.28) Assistência Social do Segurado referente aos seus funcionários e Sindicatos;

n.29) Responsabilidade Civil e Compensação do Trabalhador;

n.30) Qualquer consequência de uma reserva aplicada pelo Controlador Técnico que o Segurado não tenha tratado com o devido cuidado;

n.31) Prejuízos financeiros por qualquer produto fabricado e/ou fornecido por ou em nome do Segurado;

n.32) Qualquer atividade financeira, de crédito ou de leasing;

n.33) Qualquer conexão com uma agência de viagens ou negócios de uma operadora de turismo;

n.34) Ciberterrorismo;

n.35) Violação das disposições da Lei de Proteção de Dados Pessoais;

n.36) Circulação de Veículos, seja terrestre, marítimo ou aéreo, bem como danos a estes, que estejam sob guarda, custódia ou controle do Segurado;

n.37) Falha ou mal funcionamento de qualquer equipamento de tecnologia, programa de computador e/ou transferência eletrônica e armazenamento de dados, ataques cibernéticos, hackers, trojans, malwares e vírus, tanto do Segurado quanto de terceiros;

n.37.1.Ataque cibernético, dano, responsabilidade, custo ou despesa direta ou indiretamente causados por:

n.37.1.1. O uso ou incapacidade de usar qualquer computador, sistema de computador, programa de software de computador, processo computacional ou qualquer outro sistema eletrônico;

n.37.1.2. Qualquer vírus de computador ou código malicioso;

n.37.1.3) Qualquer fraude relacionada a computador relacionado aos itens "n.37.1.1" e/ou "n.37.1.2" acima.

n.38) Avaliação prévia do custo dos Serviços Profissionais;

n.39) Reclamações contra o Segurado por qualquer trabalho realizado por este ou qualquer outra entidade, sociedade ou associações que o Segurado faça parte com a finalidade de formar agrupamento de empresas ("Joint Ventures"), salvo consentimento prévio por escrito da Seguradora e extensão de cobertura nesta apólice.

6. LIMITE DE RESPONSABILIDADE DA APÓLICE

6.1. Limite Máximo de Indenização por Cobertura Contratada: No caso de Apólices prevendo limites Segurados distintos por cobertura fica entendido e acordado que, o Limite Máximo de Indenização por Cobertura (LMI), indicado na Especificação da Apólice, representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora por Sinistro e serie de sinistros sendo o máximo indenizado pela apólice. Os Limites Máximos de Indenização para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicando.

6.2. Limite Máximo de Garantia da Apólice: É o Limite Máximo de Responsabilidade da Seguradora por Reclamação ou série de Reclamações decorrentes de um mesmo Fato Gerador, assim como o total máximo indenizável por este contrato de seguro, considerando, inclusive, as despesas comprovadamente efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência de um sinistro. Ocorrerá o cancelamento automático da Apólice quando a soma das Perdas pagas pela Seguradora atingir o Limite Máximo de Garantia ou o Limite Agregado.

6.3. Limite Agregado: É o valor total máximo indenizável por cobertura no contrato de seguro, considerada a soma de todas as indenizações e demais gastos ou despesas relacionadas aos sinistros ocorridos, sendo previamente fixado e estipulado como o produto do limite máximo de indenização por um fator superior ou igual a um, em não havendo discriminação dos fatores multiplicativos na apólice, estes serão considerados como igual a 1 (um). Os limites agregados estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicando. Ocorrerá o cancelamento automático da Cobertura quando a soma das indenizações atingir o respectivo limite agregado.

6.4. As Reclamações que são feitas subsequentemente ao período de vigência do seguro, prazo complementar ou prazo suplementar (quando aplicável), serão consideradas feitas durante o período de vigência do seguro, prazo complementar ou prazo suplementar (quando aplicável) e também ficarão sujeitas ao mesmo limite máximo de garantia estabelecido na Especificação da apólice, observado todos os demais termos e condições deste contrato.

6.5. Os custos de defesa que ultrapassarem o limite máximo de garantia não serão indenizados pela Seguradora. Os custos de defesa fazem parte dos danos e, como tal, estão sujeitos ao limite máximo de indenização para perdas financeiras.

6.6. Todos os prejuízos decorrentes de um mesmo evento serão considerados como um único sinistro, qualquer que seja o número de reclamantes.

6.7. AUMENTO DO LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO E INCLUSÃO DE COBERTURA.

6.7.1. O Segurado, a qualquer tempo, poderá submeter nova proposta ou solicitar emissão de endosso à Seguradora para alteração da Importância Segurada contratualmente prevista, ficando a critério da Seguradora sua aceitação e alteração do prêmio, quando couber;

6.7.2. Na hipótese de aceitação pela Seguradora de aumento de Importância Segurada da apólice, bem como inclusão de novas coberturas, durante o Período de Vigência do Seguro ou por ocasião de sua renovação, será utilizado o critério restritivo, ou seja, será aplicado novo limite apenas para as Reclamações relativas a danos que venham a ocorrer a partir da data de sua implementação, prevalecendo o limite anterior para as Reclamações relativas aos danos ocorridos anteriormente àquela data e a partir da data limite de retroatividade, O Segurado deverá, sempre, apresentar declaração de desconhecimento de sinistro.

7. FORMA DE CONTRATAÇÃO

7.1. Este Seguro é contratado a Primeiro Risco Absoluto, salvo menção em contrário nas Condições Contratuais da apólice **e desde que respeitado rigorosamente o previsto no item 9.12 da Cláusula – "9. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS"** destas condições contratuais.

8. FRANQUIA / PARTICIPAÇÕES OBRIGATÓRIAS DO SEGURADO (POS)

8.1. A Franquia e/ou a Participação Obrigatória do Segurado (POS) a ser paga será aquela determinada na Especificação.

8.2. A Seguradora será somente responsável pelas Perdas que excederem o valor da Franquia e/ou POS, sendo que a mesma será deduzida dos prejuízos indenizáveis a serem pagos conforme essa Apólice, sendo que o Limite Máximo de Indenização por Cobertura Contratada não será reduzido por conta da sua aplicação.

8.3. Apenas uma única Franquia e/ou POS será aplicada para todas as Perdas geradas por uma ou mais Reclamações decorrentes de um Fato Gerador ou de uma série de Fatos Geradores que estejam conectados pela mesma relação causal ou que de alguma forma estejam inter-relacionadas ou interconectadas.

8.4. Na hipótese de um mesmo Fato Gerador atingir mais de uma das coberturas contratadas, a Franquia e/ou POS será aplicada de acordo com cada cobertura contratada.

8.5. Se a Seguradora realizar qualquer pagamento de Perda para a qual haja Franquia nos termos dessa Apólice, a Seguradora deverá ser reembolsada, pelo Segurado, até o limite dessa Franquia.

9. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

9.1. No caso de sinistro que venha a ser indenizável por este contrato, deverá o Segurado, ou quem suas vezes fizer sob pena de perder o direito à indenização:

a) Dar imediato aviso à Seguradora, pela via mais rápida ao seu alcance, ou por intermédio do corretor de seguros, sem prejuízo do aviso escrito;

b) No aviso de sinistro e/ou Notificação, o Segurado deverá indicar:

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. A natureza dos danos ou das lesões e de suas possíveis consequências.

c) Para a análise e regulação de sinistro, o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

I. Contrato Social e a última Alteração Contratual;

II. Cópia do cartão do CNPJ;

III. Cópia de Identidade e CPF do representante do Tomador com poderes para vincular a companhia, receber pagamento e dar quitação;

IV. Documento de identificação do terceiro reclamante;

V. Data da ocorrência do sinistro;

VI. Resumo descritivo do sinistro;

VII. Cópia da ação civil movida contra o Segurado por reparação de Perdas causadas a terceiros, quando aplicável;

VIII. Certidão de ocorrência da polícia local, quando cabível; e

IX. A data em que o Segurado ficou ciente pela primeira vez sobre o evento notificado e descrição de como ficou ciente.

9.2. A Seguradora poderá ainda exigir atestados ou certidões das autoridades legais competentes, inclusive cópia de certidão de abertura de inquérito, bem como o resultado de inquéritos, processos ou procedimentos instaurados, relativamente aos Atos Danosos que produziram a Reclamação, sem prejuízo do pagamento da Indenização no prazo devido. Alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão de abertura do inquérito que porventura tiver sido instaurado.

9.3. O Segurado poderá, durante o período de vigência, apresentar uma ou mais de uma Notificação. A notificação deverá incluir as razões pelas quais se antecipe a possibilidade de tal fato ou circunstância gerar uma reclamação, citando as datas, atos e pessoas envolvidas.

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

9.5. A cláusula de Notificação somente produzirá efeitos se o Segurado tiver apresentado, durante o período de vigência da apólice, a notificação relacionada ao fato, ou às circunstâncias, que gerou a reclamação efetuada pelo terceiro prejudicado.

9.6. Além dos documentos acima expostos, a Seguradora se reserva no direito de solicitar outros documentos que julgue necessários e pertinentes, diante do evento ocorrido e descrito na Notificação e/ou processo judicial.

9.7. O contrato pode admitir, para fins de indenização, mediante acordo entre as partes, as hipóteses de pagamento em dinheiro, reposição ou reparo da coisa. Na impossibilidade de reposição da coisa, à época da regulação de sinistro, a indenização devida será paga em dinheiro.

9.8. Deverá ser uma condição precedente às obrigações da Seguradora que os Segurados deverão, a seu próprio custo: (a) fornecer à Seguradora todos os detalhes de uma circunstância ou reclamação avisadas o mais rápido possível anexando os documentos relevantes; e (b) auxiliar e cooperar com a Seguradora nas investigações, defesas, acordos ou recursos relacionados a reclamação ou circunstância avisada.

9.9. A regulação de sinistro e o pagamento de indenização da Seguradora para o Segurado deverão ser feitos dentro de 30 (trinta) dias a contar do recebimento de todos os documentos exigidos para comprovar a Perda, conforme disposto nesta Apólice e na legislação aplicável. O prazo de 30 (trinta) dias será suspenso se os documentos apresentados pelo Segurado forem insuficientes para comprovar o Dano ou se houver dúvida razoável fundada e justificável que embase solicitação de documentos ou informações adicionais pela Seguradora, e voltará a correr após a apresentação pelo Segurado de tais documentos e informações adicionais.

9.10. Com exceção dos encargos de tradução e outras diretamente realizadas pela Seguradora, todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, dos beneficiários, ou dos terceiros prejudicados.

9.11. Os atos ou providências que a Seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização reclamada.

9.12. Verificada a cobertura securitária, a Seguradora indenizará o montante das perdas regularmente apuradas, observando os limites de responsabilidade deste contrato, no entanto, se ficar constatado que os valores informados pelo Segurado, e que serviram de base ao cálculo do prêmio, foram inferiores aos contabilizados pelo Segurado, a indenização será reduzida proporcionalmente à diferença entre o prêmio devido e o pago.

9.13. Qualquer acordo judicial ou extrajudicial, com o terceiro prejudicado, seus beneficiários e herdeiros, só será reconhecido pela Seguradora se tiver sua prévia anuência. 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.

9.14. Se o pagamento não for efetuado dentro do prazo de 30 (trinta) dias após atendimento de todas as exigências da Seguradora, os valores de indenização sujeitam-se as correções devidas contado a partir do primeiro dia útil após transcurso do prazo-limite, como também de atualização monetária pela variação positiva IPCA/IBGE, na base "pro rata temporis" ou, caso seja extinto, pela variação positiva do índice que vier a substituí-lo, conforme item 21 – atualização de valores - calculado a partir da data da ocorrência do sinistro até à data de sua efetiva liquidação, exceto no caso de sinistro que corresponda ao reembolso de despesas em que a atualização monetária será calculada a partir da data do efetivo dispêndio por parte do Segurado e/ou de seus beneficiários.

9.15. O Segurado deverá encaminhar carta com a descrição detalhada do evento ocorrido e demais informações e documentos conforme previsto nas Condições de Seguro.

9.16. Correrão, obrigatoriamente, por conta da Seguradora, até o limite máximo de indenização fixado na apólice, as despesas de salvamento comprovadamente efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência de um sinistro.

9.17. Na ausência de cobertura específica, o limite máximo de indenização deve ser também utilizado, até a sua totalidade, para cobrir as despesas de salvamento e os valores referentes aos danos materiais comprovadamente causados pelo Segurado e/ou por terceiros na tentativa de evitar o sinistro, minorar os danos ou salvar a coisa.

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO

10.1. As disposições deste contrato aplicam-se exclusivamente a danos ocorridos e reclamados no território brasileiro, exceto se disposto de outro modo na Especificação.

11. ACEITAÇÃO DO RISCO

11.1. A contratação, modificação ou alteração do seguro e/ou do risco, bem como a renovação do seguro deverá ser feita por meio de proposta escrita que contenha os elementos essenciais para exame, aceitação ou recusa do(s) risco(s) proposto(s), **bem como a informação da existência de outros seguros cobrindo os mesmos interesses contra os mesmos riscos, neste caso SOB PENA DA PERDA DE DIREITO**, preenchida e assinada pelo proponente, seu representante legal ou pelo seu corretor de seguros, desde que por expressa solicitação de qualquer um dos anteriores.

11.2. A Seguradora poderá solicitar, simultaneamente à apresentação da proposta e, deste modo, fazendo parte integrante da mesma, questionário e/ou ficha de informação para um melhor exame do(s) risco(s) proposto(s).

11.3. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, ao proponente, protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

11.4. A Seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias para análise da proposta, contados da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos ou ainda para as renovações, para aceitá-lo ou não.

11.5. A contagem do prazo de avaliação da proposta ficará suspensa, caso a Seguradora, justificando o(s) novo(s) pedido(s), solicite documentos complementares para uma melhor análise do risco(s) proposto(s), voltando a correr a partir do primeiro dia útil após a data em que se der a entrega da documentação.

11.6. Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, os prazos previstos nesta cláusula para análise da proposta serão suspensos, até que o(s) ressegurador(es) se manifeste(m) formalmente.

11.7. A Seguradora deverá informar, por escrito, ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, sobre a inexistência de cobertura, sendo vedada a cobrança de prêmio total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta.

11.8. A Seguradora comunicará ao proponente, seu representante ou ao seu corretor, por escrito, a não aceitação da proposta, comunicando, justificando e especificando os motivos de recusa.

11.9. Na hipótese da proposta ter sido recepcionada com adiantamento do prêmio, iniciará, desde que solicitada pelo proponente na proposta de seguros, uma cobertura provisória a partir das 24 horas da data da recepção do referido documento.

11.9.1. No caso de aceite da proposta de seguros, a referida cobertura provisória será considerada como de efetiva vigência do seguro e ratificada na apólice de seguros emitida.

11.9.2. No caso da recusa da proposta de seguros e apenas para seguros com prazo de vigência igual ou superior a 12 (doze) meses, a cobertura provisória prevalecerá por mais 2 (dois) dias úteis após a formalização da recusa da Seguradora.

11.9.3. No caso da recusa da proposta de seguros e para seguros com prazo de vigência inferior a 12 (doze) meses, a cobertura provisória se encerrará no exato momento desta recusa.

11.9.4. O disposto no item 11.9.2 não se aplica aos seguros estruturados com período intermitente de cobertura, dentro de seu período de vigência.

11.9.5. A Seguradora terá o prazo de 10 (dez) dias corridos, a partir da formalização da recusa, para devolver o adiantamento recebido, deduzindo a parcela proporcional ao período de cobertura concedido.

11.9.6. Além disso também será pago ao proponente o valor equivalente à atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA / IBGE a partir da data do adiantamento do prêmio pelo Segurado até a data efetiva da restituição pela Seguradora.

11.9.7. Caso não seja cumprido o prazo máximo definido anteriormente, o valor a ser pago ao proponente estará sujeito à aplicação de juros moratórios – conforme item 21 deste contrato - a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para devolução do prêmio até a data da efetiva restituição pela Seguradora.

11.10. A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:

I. A data da manifestação expressa pela Seguradora; ou

II. A data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou

III. A data de término do prazo previsto na cláusula 11.4, quando caracterizada a aceitação tácita da proposta prevista na cláusula 11.12 abaixo.

11.11. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora nos prazos previstos anteriormente caracterizará a aceitação tácita do seguro.

11.12. A emissão ou envio da apólice, endosso, averbação ou certificado individual ao Segurado, será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data da aceitação da proposta.

12. VIGÊNCIA

12.1. Salvo estipulação expressa em contrário, este contrato vigorará pelo prazo de 1 (um) ano a partir das 24 (vinte e quatro) horas dos dias expressos como início e término de vigência respectivamente.

12.2. No caso da proposta ter sido recepcionada, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o seguro terá seu início de vigência a partir do início da cobertura provisória concedida ao Segurado, conforme item 11.9, ou seja, da data da recepção da proposta pela Seguradora.

12.3. No caso da proposta ter sido recepcionada, sem adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terá seu início de vigência a partir da data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

12.4. No caso de renovação, o início de uma nova vigência coincide com o término da vigência anterior.

13. RENOVAÇÃO

13.1. A RENOVAÇÃO DESTE CONTRATO DE SEGURO NÃO É AUTOMÁTICA, cabendo às partes acordarem previamente por escrito as bases da nova contratação.

13.2. Para a renovação do Contrato de Seguro, deverão ser observadas as seguintes condições:

a) O SEGURADO OU O SEU REPRESENTANTE LEGAL MANIFESTARÁ A VONTADE DE RENOVAR, APRESENTANDO NOVA PROPOSTA DE SEGURO PREENCHIDA À SEGURADORA com as informações atualizadas acerca dos Riscos a serem cobertos;

b) Com base na análise dessas informações, a Seguradora determinará se o Contrato de Seguro será ou não renovado, apresentando os novos termos e suas condições,

uma vez aceita por ela a renovação.

13.3. Em renovações sucessivas em uma mesma Seguradora é obrigatória a concessão do período de retroatividade da cobertura da apólice anterior.

13.4. Mediante acordo entre as partes uma nova data de retroatividade poderá ser pactuada e se aceito pela Seguradora, o Segurado terá direito a fixar uma nova data retroativa, anterior àquela, hipótese em que a nova data limite de retroatividade prevalecerá nas renovações futuras.

14. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

14.1. O Segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro contra os mesmos riscos, deverá comunicar sua intenção, previamente, por escrito, a todas as Seguradoras envolvidas, sob pena de perda de direito.

14.2. O prejuízo total relativo a qualquer reclamação amparada nos termos desta apólice, 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 Seguradoras envolvidas.

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

14.4. Na ocorrência de Reclamação contemplada por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as 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 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 pela Reclamação 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 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 Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele inciso.

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

14.6. Salvo disposição em contrário, a 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. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

15.1. Uma vez paga a indenização pelo sinistro, cujo recibo valerá como instrumento de cessão, a Seguradora estará sub-rogada dos direitos e ações do Segurado contra terceiros cujos atos, fatos ou omissões tenham causado os prejuízos indenizados ou que para eles tenham concorrido, podendo exigir do Segurado, a qualquer tempo, o instrumento de cessão e os documentos hábeis para exercer estes direitos.

15.2. Conforme definido nos parágrafos 1° e 2° do artigo 786 do Código Civil Brasileiro:

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

15.2.2. "É ineficaz qualquer ato do Segurado que diminua ou anule, em prejuízo do Segurador, os direitos a que se refere este artigo".

16. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO CONTRATO

16.1. Além do previsto nos subitens 17.5, 17.11 e 17.12 da Cláusula 17, assim como no item 19 desta Apólice, que também implica a perda da Indenização e do Prêmio pago, este Contrato de Seguro poderá ser rescindido, respeitadas as seguintes condições:

I. Quando a indenização ou a soma das indenizações pagas atingirem o Limite Máximo de Garantia da Apólice, não tendo o Segurado direito a qualquer restituição de Prêmio;

II. Total ou parcialmente, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes:

a) Se a pedido do Segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o Prêmio calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto contida na cláusula "Pagamento do Prêmio", mencionada nesta apólice.

Neste caso, o Prêmio a ser devolvido será corrigido conforme item 21 deste contrato de seguro, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento.

Para os percentuais não previstos na tabela de prazo curto, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente inferiores;

b) Se por iniciativa da Seguradora, esta reterá do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

Neste caso, o Prêmio a ser devolvido, será corrigido conforme item 21 deste contrato de seguro, a partir da data do efetivo cancelamento.

16.2. Em qualquer das situações acima, não será devida a devolução do custo de emissão da Seguradora (custo de apólice), do IOF (imposto sobre operações financeiras) e dos juros de parcelamento, processando-se o cálculo exclusivamente sobre o Prêmio líquido da Apólice.

17. PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO

17.1. O prêmio do Seguro poderá ser pago à vista ou em prestações mensais, na quantidade e valores indicados na proposta e apólice de seguro.

17.2. O prazo limite para o pagamento do prêmio é a data de vencimento estipulada no documento de cobrança. Se esta data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente. O respectivo documento de cobrança será encaminhado ao Segurado ou ao seu representante legal, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

17.3. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio, à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

17.4. A data limite fixada para pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela, no caso de apólices fracionadas, não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia da emissão da apólice, da fatura ou da conta mensal do aditivo de renovação ou, ainda, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento do prêmio.

17.5. O não pagamento do prêmio com pagamento único ou da primeira parcela no caso de apólices fracionadas, até a data do vencimento, implicará o cancelamento automático do contrato de seguro, o qual deverá ser renegociado, sem qualquer obrigação da Seguradora no novo aceite do mesmo.

17.6. No caso de fracionamento de prêmio, será garantida ao Segurado a possibilidade de antecipar o pagamento do prêmio fracionado total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros pactuados e não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

17.7. O pagamento do prêmio do seguro de forma parcelada não implicará na quitação total do mesmo, caso todas as parcelas não tenham sido pagas.

17.8. No caso de fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na Tabela de Prazo Curto abaixo. O Segurado ou seu representante legal será informado, sobre o novo prazo de vigência ajustado, por meio de comunicação escrita:

TABELA DE PRAZO CURTO			
Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção de prazo em dias	**% Do Prêmio**	**Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção de prazo em dias**	**% Do Prêmio**
15/365	13	195/365	73
30/365	20	210/365	75
45/365	27	225/365	78
60/365	30	240/365	80
75/365	37	255/365	83
90/365	40	270/365	85
105/365	46	285/365	88
120/365	50	300/365	90
135/365	56	315/365	93
150/365	60	330/365	95
165/365	66	345/365	98
180/365	70	365/365	100

17.9. Para percentuais não previstos na tabela acima deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

17.10. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

17.11. Findo o novo prazo de vigência, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, ou no caso de fracionamento em que a aplicação da Tabela de Prazo Curto não resulte em alteração do prazo de vigência da cobertura, se operará o cancelamento da apólice.

17.12. A Seguradora enviará comunicado ao Segurado advertindo quanto à necessidade de quitação da parcela(s) do prêmio(s) em atraso, sob pena de cancelamento da apólice. Decorrido o prazo mencionado sem que tenha(m) sido quitado(s) o prêmio(s) em atraso, o contrato ou aditamento a ele referente ficará automaticamente e de pleno direito cancelado.

17.13. Na hipótese de sinistro durante o período em que o Segurado esteve em mora, porém beneficiado pelo prazo de vigência concedido conforme a Tabela de Prazo Curto, se o sinistro for indenizável serão descontadas as parcelas pendentes.

17.14. 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.

17.15. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos as atualizações monetárias – conforme item 21 deste contrato de seguro - a partir da data de recebimento, até a data da devolução.

17.16. Fica vedado o cancelamento do contrato de seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto às instituições financeiras, no caso em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.

17.17. O Segurado obriga-se a comunicar à Seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o cadastro do Segurado permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a Seguradora relativamente à efetiva ciência do Segurado.

18. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

18.1. O SEGURADO SE OBRIGA A:

a) DAR IMEDIATO AVISO À SEGURADORA, POR CARTA REGISTRADA OU PROTOCOLADA, DA OCORRÊNCIA DE QUALQUER EVENTO QUE, NOS TERMOS DESTE SEGURO, POSSA ACARRETAR A REIVINDICAÇÃO DA GARANTIA, TÃO LOGO DELE TOME CONHECIMENTO;

b) PAGAR O PRÊMIO NAS DATAS CONVENCIONADAS, SOB PENA DE PERDA DE DIREITO;

c) GUARDAR NA CONCLUSÃO E NA EXECUÇÃO DO CONTRATO, A MAIS ESTRITA BOA-FÉ E VERACIDADE, TANTO A RESPEITO DO OBJETO COMO DAS CIRCUNSTÂNCIAS E DECLARAÇÕES A ELE CONCERNENTES;

d) TOMAR TODAS AS PROVIDÊNCIAS CONSIDERADAS INADIÁVEIS E AO SEU ALCANCE, PARA TENTAR EVITAR E/OU MINORAR OS DANOS CAUSADOS A TERCEIROS;

e) COMUNICAR À SEGURADORA, DE IMEDIATO, QUALQUER CITAÇÃO, CARTA OU DOCUMENTO QUE RECEBER E QUE SE RELACIONE COM UM POSSÍVEL SINISTRO COBERTO POR ESTE CONTRATO;

f) EM CASO DE SINISTRO, A DAR ASSISTÊNCIA À SEGURADORA, A FAZER O QUE LHE FOR POSSÍVEL E PERMITIR A PRÁTICA DE TODO E QUALQUER ATO LÍCITO NECESSÁRIO OU CONSIDERADO INDISPENSÁVEL POR AQUELA, COM A FINALIDADE DE SUSTAR, REMEDIAR OU SANAR FALHAS OU INCONVENIENTES, COOPERANDO ESPONTANEAMENTE E DE BOA VONTADE PARA A SOLUÇÃO CORRETA DOS LITÍGIOS;

g) DAR CIÊNCIA, À SEGURADORA, DA CONTRATAÇÃO, CANCELAMENTO OU RESCISÃO DE QUALQUER OUTRO SEGURO QUE CONTEMPLE COBERTURAS IDÊNTICAS ÀQUELAS PREVISTAS NESTE CONTRATO; E

h) ZELAR E A MANTER EM BOM ESTADO DE CONSERVAÇÃO, SEGURANÇA E FUNCIONAMENTO OS BENS DE SUA PROPRIEDADE E POSSE, RELACIONADOS COM A GARANTIA CONTRATADA, CAPAZES DE CAUSAR DANOS A TERCEIROS, COMUNICANDO À SEGURADORA, POR ESCRITO, QUALQUER ALTERAÇÃO QUE VENHAM A SOFRER OS REFERIDOS BENS;

18.2. CORRERÃO POR CONTA EXCLUSIVA DO SEGURADO AS DESPESAS NECESSÁRIAS AO CUMPRIMENTO DESSAS MEDIDAS.

19. PERDA DE DIREITOS

19.1. O Segurado perderá direito à indenização no âmbito desta Apólice se, por conta própria, por seu corretor de seguros ou por seu representante:

I. Deixar de cumprir as obrigações convencionadas nesta Apólice, inclusive e principalmente se recusar a apresentar os livros comerciais e/ou fiscais, escriturados e regularizados de acordo com a legislação em vigor, bem como toda e qualquer documentação que seja exigida e indispensável à comprovação da reclamação de indenização apresentada ou para levantamento das perdas;

II. Por qualquer meio ilícito, o Segurado, seu representante legal ou beneficiário procurar obter benefícios do presente contrato de seguro;

III. Se for constatada fraude ou má-fé do Segurado, de seus sócios controladores, dirigentes, Diretores e Administradores ou de seus respectivos beneficiários ou representantes legais;

IV. Se, por si, por seu representante legal ou pelo seu Corretor, prestar qualquer declaração inexata ou omitir informações que possam influir direta ou indiretamente no conhecimento, análise e aceitação da Proposta ou na taxa do Prêmio, sem prejuízo da obrigação do Prêmio vencido, conforma Art. 766 do Código Civil;

V. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

a) Na hipótese de não ocorrência de sinistro, cancelar o seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível;

b) Na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral, 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 permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado; ou

c) 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.

VI. Vier a agravar intencionalmente o risco objeto do seguro;

VII. Deixar de comunicar imediatamente à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato

suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé:

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

b) O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer;

c) Na hipótese de continuidade do contrato, a Seguradora poderá cobrar a diferença de Prêmio cabível, mediante acordo com o Segurado contratante da Apólice, entretanto, enquanto essa negociação não estiver concluída, a Seguradora não será responsável pelo pagamento de qualquer Perda, de acordo com os termos e condições da Apólice; ou

VIII. Deixar de participar uma Reclamação à Seguradora, tão logo tome conhecimento, e não adotar as providências imediatas para minorar suas consequências.

20. PRESCRIÇÃO

20.1. Os prazos prescricionais são aqueles estipulados em lei.

21. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

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

21.1.1. O índice pactuado para a atualização de valores será o (IPCA-IBGE) Índice Nacional de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

21.1.2. No caso de extinção do IPCA-IBGE, como índice de atualização de valores, a Seguradora utilizará aquele definido pelo Conselho Monetário Nacional – CMN como índice de preços relacionado às metas de inflação.

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

21.2. No caso de recebimento indevido de Prêmio, ele será devolvido ao Segurado, após ser reajustado pela variação IPCA-IBGE, citado no subitem 21.1.1, a partir da data de seu recebimento.

21.2.1. No caso de recusa da Proposta do Seguro recepcionada com adiantamento de Prêmio, o reajuste se dará a partir da data do adiantamento de prêmio pelo Segurado.

21.2.2. Se a apólice for cancelada ou endossada com restituição de prêmio, nos termos das disposições anteriores constantes desta mesma cláusula ou em razão de situações

outras previstas em lei, qualquer Prêmio a ser restituído será ajustado de acordo com o índice IPCA/IBGE em vigor, a partir da data de recebimento do pedido de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, caso o cancelamento tenha se dado por iniciativa da Seguradora.

21.2.2.1. Se o Prêmio tiver sido pago em prestações, mas a aplicação da Tabela de Prazo Curto constante do subitem 17.8 não produzir nenhuma alteração no período de Vigência da Apólice, nenhum ajuste do Prêmio será necessário e esta Apólice será cancelada.

21.2.2.2. Se um eventual pagamento de Indenização levar ao encerramento ou caducidade desta Apólice, por ter atingido o Limite de Responsabilidade da Seguradora, TODAS AS PRESTAÇÕES DE PRÊMIO FUTURAS E NÃO PAGAS PODERÃO SER DEDUZIDAS DO VALOR DESSA INDENIZAÇÃO.

21.3. Caso o Segurado deixe de pagar o Prêmio dentro dos prazos especificados, serão cobrados juros de mora, sobre os valores vencidos e não pagos, independentemente de notificação ou intimação judicial.

21.4. Atualização de outras obrigações pecuniárias:

21.4.1. Os demais valores das obrigações pecuniárias da Seguradora, incluindo as Indenizações, também se sujeitam à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no subitem 21.1.1 desta cláusula, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a partir da data de exigibilidade. A critério da Seguradora, a atualização poderá ser aplicada a partir da data de exigibilidade, mesmo que a obrigação tenha sido paga dentro do prazo previsto.

21.4.1.1. Em caso de Sinistro, considera-se data de exigibilidade a data de ocorrência do Evento.

21.4.2. Aplicação de mora: Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de multa e de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado neste Contrato de Seguro 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.

21.4.2.1. Este contrato prevê a aplicação de juros de mora que serão contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato, ficando estipulada a taxa de 1,0% (um por cento) ao mês, aplicados no período compreendido entre a data da exigibilidade da obrigação e a data de seu efetivo pagamento.

22. REINTEGRAÇÃO

22.1. O Limite Máximo de Indenização deste contrato de seguro não poderá ser reintegrado.

22.2. Ocorrido um sinistro indenizado pela Seguradora, o Limite Máximo de Indenização será reduzido de tal valor, até a extinção da verba, não tendo o Segurado direito à restituição do prêmio correspondente a tal redução.

23. FORO

23.1. Elege-se o Foro da Comarca do domicílio do Segurado para dirimir eventuais litígios originados por este contrato.

23.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diferente do domicílio do Segurado.

24. ARBITRAGEM

24.1. Para dirimir qualquer dúvida ou questão resultante deste Contrato de Seguro, entre o Segurado e a Seguradora, é facultativo ao Segurado sua adesão à "Cláusula Compromissória de Arbitragem", nos termos da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, que poderá ser feita mediante assinatura em documento apartado, o qual, uma vez assinado, fará parte integrante do presente Contrato de Seguro.

25. DOCUMENTOS DO SEGURO

25.1. São documentos do presente seguro a proposta e a apólice com seus anexos e o(s) respectivo(s) questionário(s) atualizado(s), preenchido(s), datado(s) e assinado(s).

25.2. Nenhuma alteração nas Condições Contratuais da Apólice será válida se não for feita por escrito, mediante Proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por Corretor de Seguros habilitado e receber concordância de ambas as partes contratantes (inclusive a Seguradora), devendo a Seguradora fornecer obrigatoriamente o protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

25.3. Não é válida a presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas Condições Gerais.

26. OUVIDORIA

26.1. A Ouvidoria tem como objetivo assegurar a estrita observância das normas legais e regulamentares relativas aos direitos do consumidor. Ela também atua como canal de comunicação entre a Essor e seus clientes, inclusive na mediação de conflitos.

Todos os Segurados (Pessoas Físicas e Jurídicas), seu representante legal, procurador, beneficiários, corretores (atuando em nome dos Segurados), que tenham esgotado as tentativas de solução de problemas junto aos demais canais de comunicação da Seguradora ou ainda, que não concordem com a decisão adotada pela área responsável e/ou não obtiveram sucesso em seus pleitos junto à ESSOR Seguros, poderão entrar contato com a mesma através de seu site www.essor.com.br/atendimento-ao-Segurado ou diretamente através da Ouvidoria pelo telefone 0800-777-0438.

27. EMBARGOS E SANÇÕES

27.1. O objetivo da presente cláusula, respeitando-se todo conteúdo destas Condições Ge-

rais, é estabelecer os procedimentos que devem ser assumidos pelo Segurado e pela Seguradora, bem como os critérios que serão utilizados para suspensão da(s) cobertura(s) contratada(s) ou do(s) pagamento(s) de quaisquer indenizações devidas pelo presente contrato de seguro, nas situações nas quais o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) de indenizações for(em) ou estiver(em) inserido(s)em listas de Embargos ou Sanções expedidas por órgão nacionais ou internacionais de combate a lavagem de dinheiro e/ou financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) as sanções previstas na legislação brasileira ou internacional, desde que não violem o ordenamento jurídico pátrio e a ordem pública.

Ressalte-se que as coberturas contratadas através do presente contrato de seguro ficam suspensas a partir da data de ingresso do Segurado nas referidas listas de embargos e sanções, sendo reestabelecidas às 24 horas do dia subsequente a data de exclusão do Segurado das referidas listas.

Durante o processo de regulação de sinistro, esta Seguradora verificará se o Segurado, os beneficiários das indenizações devidas ou se os locais de ocorrência dos eventos reclamados constam de listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate a lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo. Neste sentido, no que contrariar ou não constar das informações prestadas pelo Segurado à Seguradora quando da análise da proposta de seguro, na hipótese do Segurado ou dos beneficiários das indenizações devidas ou dos locais de ocorrência dos eventos reclamados constarem das referidas listas ou nas situações nas quais as referidas listas forem atualizadas após aceitação do risco, o direito à cobertura contratada não fica prejudicado, entretanto, o pagamento da indenização fica suspenso até que ocorra a superação do referido embargo ou sanção ou até que ocorra decisão da corte judicial superior brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para este fim, mediante consulta a ser efetuada por esta Seguradora.

Adicionalmente, no caso de sanção de indisponibilidade de bens por parte do Segurado ou beneficiários, nos termos da Lei n.º 13.810 de 08 de março de 2019, qualquer tipo de pagamento decorrente do presente contrato de seguro ficará suspenso até que ocorra a superação da referida sanção ou até que ocorra decisão da corte judicial superior brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para este fim, mediante consulta a ser efetuada por esta Seguradora. Destaca-se que o referido procedimento não prejudica o direito à cobertura contratada.

28. EXCLUSÃO DE DOENÇA TRANSMISSÍVEL

28.1. Não obstante o que em contrário possam dispor as condições contratuais, esta apólice não garante perdas, danos, custos ou despesas, direta ou indiretamente, decorrentes de, ou de qualquer outra forma, atribuíveis ou relacionadas à, ou em conexão ou ocorrendo simultaneamente ou em qualquer sequência com:

28.1.1. Uma doença transmissível; ou

28.1.2. Decretação de surto, epidemia ou pandemia de uma doença transmissível, tais como, mas não se limitando a, Influenza, COVID e suas variações.

28.2. Para fins desta cláusula, perdas, danos, custos ou despesas incluem também, entre outros, quaisquer quantias para limpar, desintoxicar, remover ou testar:

28.2.1. Uma doença transmissível; ou

28.2.2. Qualquer propriedade segurada nos termos desta apólice que seja ou possa ser afetada em virtude de contaminação por uma doença transmissível, tais como, mas não se limitando a, Influenza, COVID e suas variações.

28.3. Para fins desta cláusula, uma doença transmissível significa qualquer:

28.3.1. Sofrimento físico, enfermidade ou doença causada ou transmitida direta ou indiretamente por qualquer vírus, bactéria, parasita ou outro organismo ou qualquer variação deste, considerado vivo ou não, e independentemente dos meios de transmissão; ou

28.3.2. Qualquer vírus, bactéria, parasita ou outro organismo, ou qualquer variação deste, considerada vivo ou não, à exceção de fungos, capaz de causar sofrimento físico, enfermidade ou doença.

28.4. Esta cláusula se aplica a todas as coberturas e extensões de coberturas contratadas na apólice.

Permanecem em vigor as condições contratuais deste seguro que não tenham sido expressamente alteradas ou revogadas por esta cláusula.

CONDIÇÕES PARTICULARES

Cada uma das cláusulas particulares destas Condições Particulares está **condicionada à sua contratação expressamente prevista na Especificação da Apólice e** limitada aos valores indicados na Especificação da Apólice como Limite Máximo de Indenização e somente será válida e exigível se as demais condições da Apólice tiverem sido observadas.

CLÁUSULA PARTICULAR N.º 01 - COBERTURA DE JOINT VENTURE (ASSOCIAÇÕES COMERCIAIS)

Observado o Limite Máximo de Indenização para esta Cobertura conforme indicado na especificação da Apólice, a Seguradora pagará as Perdas decorrentes de qualquer Reclamação de Terceiros apresentada contra o Segurado por Falha Profissional involuntária em que os danos tenham ocorrido em uma Joint Venture na qual o Segurado possua participação, desde que o Segurado tenha declarado no questionário de avaliação de riscos as atividades e os valores de faturamento correspondentes desta Joint Venture.

Esta cláusula oferece cobertura somente à quota parte de responsabilidade do Segurado. Nenhuma outra empresa participante de tal Joint Venture terá quaisquer direitos à cobertura desta Apólice e a Seguradora não ressarcirá outra Seguradora referente a outras empresas da Joint Venture.

CLÁUSULA PARTICULAR N.º 02 - EXTENSÃO DE COBERTURA PARA RESPONSABILIDADE POR FALHAS NOS SISTEMAS DE TECNOLOGIA DO SEGURADO

1. RISCO COBERTO

As coberturas desta apólice se estendem para cobrir os danos que o Segurado seja legalmente obrigado a reparar exclusivamente quando, pelo uso rotineiro dos seus sistemas de informática, ocasionar de forma involuntária e não dolosa, prejuízos à terceiros, decorrentes diretamente da corrupção ou violação de seus próprios arquivos, dados digitais, programas de computador e sistemas, **ficando por isso impossibilitado de concluir seus serviços profissionais.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS E PREJUÍZOS NÃO INDENIZÁVEIS

2.1. Esta cláusula e consequentemente sua extensão de cobertura, não terão qualquer eficácia, portanto, não oferecerão qualquer cobertura, sob qualquer pretexto, se a falha do sistema de tecnologia do Segurado for decorrente de qualquer das seguintes situações:

a) Pelo não cumprimento de regras estabelecidas pelo fabricante dos sistemas de tecnologia;

b) Pela expiração ou retirada de suporte técnico do vendedor dos sistemas de tecnologia;

c) Em casos de sistemas de tecnologia que estejam em estágio de desenvolvimento (versão Beta ou similar), não sendo, portanto, a versão disponível e final, aprovada e liberada para a comercialização;

d) Pelos causados por produtos fabricados, comercializados ou distribuídos pelo Segurado;

e) Se a falha nos sistemas de tecnologia do Segurado se der por Ato Desonesto de Funcionário;

f) Se a falha nos sistemas de tecnologia do Segurado for causada e/ou ocasionada por prestadores de serviços e/ou subcontratados do mesmo ou por quem caberia a responsabilidade pelo controle e/ou manutenção dos sistemas de tecnologia.

2.2. Os danos causados aos dados, arquivos e informações ligadas aos sistemas de tecnologia ou programas de computador de terceiros, devido à transmissão e/ou transferência eletrônica de dados pelo Segurado, seja voluntária ou não, de um vírus, malware (quaisquer tipos de softwares maliciosos) ou trojans, não estão em hipótese alguma, cobertos por este seguro.

2.3. A Franquia e/ou P.O.S. (Participação Obrigatória do Segurado) para esta cobertura será de 20% dos prejuízos indenizáveis com o mínimo de R$ 15.000,00, exceto se definido diversamente na Especificação da apólice.

Ratificam-se as todas as demais Condições Gerais, Especiais e Particulares que não tenham sido alteradas por esta Cláusula Específica.

CLÁUSULA PARTICULAR N.º 03 - RESPONSABILIDADE CIVIL DE PROFISSIONAIS DE ENGENHARIA E ARQUITETURA

1. RISCO COBERTO

Fica entendido e acordado, que altera-se o item 3.1. da Cláusula **"3 - OBJETIVO DO SEGURO"**, que passa a ter a seguinte redação:

> ***"3.1. O presente seguro garante o pagamento das perdas financeiras cobertas decorrentes de Reclamações de terceiros contra o Segurado por danos causados durante a prestação de serviços profissionais de engenharia e arquitetura, relativa a projetos, obras, ou serviços, por ele elaborados, supervisionados, gerenciados ou executados, desde que esteja devidamente registrado junto ao Conselhos Regionais de Engenharia e Agronomia – CREA, ou Arquitetura e Urbanismo – CAU, pelos quais o Segurado seja responsabilizado civilmente, observados todos os termos, condições e restrições desta apólice."***

2. RISCOS EXCLUÍDOS E PREJUÍZOS NÃO INDENIZÁVEIS

Além das Exclusões constantes da Cláusula "5 – EXCLUSÕES GERAIS" destas Condições Gerais, fica estabelecido ainda que a Seguradora não será responsável por qualquer pagamento com base em qualquer Cobertura ou relacionada a qualquer Reclamação, resultante de, baseada em ou atribuível a:

2.1. Responsabilidade Civil de outros profissionais e/ou empresas com registro no CREA ou CAU, que se associem ao Segurado, para a elaboração de quaisquer obras, projetos ou serviços técnicos.

2.1.1. Em caso de responsabilidade conjunta e/ou solidária, esta Apólice responderá, apenas pela parcela de responsabilidade atribuída ao Segurado, salvo estipulação em contrário de modo expresso na apólice.

2.2. Defeito em qualquer matéria-prima ou qualquer ato de construção ou produção pelo Segurado.

2.3. Práticas incompatíveis com seu objeto social e/ou habilitação profissional dos responsáveis técnicos da empresa.

2.4. Inobservância voluntária de normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas e/ou de disposições específicas de outros órgãos competentes.

2.5. Defeito na concepção ou fabricação de qualquer produto, equipamento e/ou maquinário comercializados, negociados, distribuídos ou negociados pelo Segurado.

2.6. Uso de materiais, métodos de trabalho e/ou técnicas experimentais não aprovadas pelos órgãos competentes.

2.7. Inobservância de cronogramas físicos ou financeiros.

2.8. Falhas nos estudos de viabilidade financeira ou erro de avaliação de ativos financeiros.

2.9. Mal desempenho ou mal funcionamento, não funcionamento ou funcionamento inadequado de projeto, obra ou serviço, salvo se em decorrência direta de um risco coberto.

2.10. Qualquer tipo de Serviço Profissional em que a Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) não tenha sido emitida junto ao Conselho Regional de Engenharia (CREA) ou em que o Registro de Responsabilidade Técnica (RRT) não tenha sido emitido junto ao Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU), ambos conforme legislação e normas vigentes.

2.11. Falha do Segurado para obter ou manter qualquer financiamento ou recursos para qualquer pagamento no âmbito de projetos.

2.12. Falha de Infraestrutura, resultante de, baseada em ou atribuível a:

I. Falha mecânica;

II. Falha elétrica, incluindo interrupções, cortes, sobre-tensões ou apagões (totais ou parciais) de corrente elétrica; ou

III. Falha dos sistemas de telecomunicação ou de transmissão via satélite; salvo se as referidas falhas forem originadas por um Ato Danoso do Segurado.

2.13. Qualquer projeto e/ou contrato específico que possua cobertura contratada em outra apólice de seguro de responsabilidade Civil Profissional.

2.13.1. Em relação ao item 2.13. acima, esta apólice NÃO indenizará em hipótese alguma, eventuais excessos às apólices contratadas em outras Seguradoras, nem qualquer diferença de condições.

2.14. Reclamações decorrentes de Obras e/ou instalações e montagens em embarcações ou plataformas de propspecção de petróleo ("On Shore" ou "Off Shore").

2.15. Engenharia de Petróleo, Engenharia de Minas, Aeronáutica, Naval, Portuária, Nuclear, Aeroespacial e Biomédica.

2.16. Atividades de Mineração.

2.17. Atividades de remediação de áreas e solos contaminados; e

2.18. Custos incorridos pelo Segurado para correção e/ou re-execução de qualquer Serviço Profissional de Arquitetura ou Engenharia salvo se em decorrência direta de um risco coberto.

Ratificam-se as todas as demais Condições Gerais, Especiais e Particulares que não tenham sido alteradas por esta Cláusula Específica.

CLÁUSULA PARTICULAR N.º 04 - RESPONSABILIDADE CIVIL DE ADVOGADOS

1. RISCO COBERTO

Fica entendido e acordado, que altera-se o item 3.1 da Cláusula "3 - OBJETIVO DO SEGURO", que passa a ter a seguinte redação:

"3.1. O presente seguro garante o pagamento das perdas financeiras cobertas, decorrentes de Reclamações de terceiros contra o Segurado, por danos causados durante a prestação de serviços profissionais na atividade de Advocacia, nos termos das Leis e demais Ordenamentos Brasileiros regulamentadores da profissão, incluindo:

3.1.1. A Responsabilidade Civil do Segurado decorrente de perda de prazos; e 3.1.2.

As Falhas Profissionais causadas por advogados correspondentes, desde que agindo em nome do Segurado."

2. RISCOS EXCLUÍDOS E PREJUÍZOS NÃO INDENIZÁVEIS

Além das Exclusões constantes da Cláusula "5 – EXCLUSÕES GERAIS" destas Condições Gerais, fica estabelecido ainda que a Seguradora não será responsável por qualquer pagamento com base em qualquer Cobertura ou relacionada a qualquer Reclamação, resultante de, baseada em ou atribuível a:

2.1. Danos relacionados com a prática de quaisquer atividades incompatíveis com o exercício da advocacia, de acordo com o estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil e/ou outros diplomas legais regulamentadores da profissão.

2.2. Atos praticados por qualquer profissional que atue em nome do Segurado, quando a sua licença para exercer a profissão estiver suspensa, cassada ou revogada junto às entidades de classe responsáveis por este controle.

2.3. Reclamações decorrentes de honorários advocatícios de defesa, no caso de que a Defesa seja realizada pelo próprio Segurado.

Ratificam-se as todas as demais Condições Gerais, Especiais e Particulares que não tenham sido alteradas por esta Cláusula Específica.

CLÁUSULA PARTICULAR N.º 05 - RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL PARA MÉDICOS

1. RISCO COBERTO

1.1. Fica entendido e acordado que se alteram os itens abaixo, que passam a ter a seguinte redação:

1.1.1. Item 3.1. da Cláusula "3 - OBJETIVO DO SEGURO":

"3.1. O presente seguro garante o pagamento das perdas financeiras cobertas decorrentes de Reclamações de terceiros contra o Segurado por danos causados durante sua prestação de Serviços Profissionais atuando na área médica devidamente registrado no CRM e que atue com suas atividades profissionais de acordo com suas competências e habilidades profissionais, de forma comprobatória, pelos quais o Segurado seja responsabilizado civilmente, observados todos os termos, condições e restrições desta apólice.".

1.1.2. Alínea "m" do subitem 5.1 da Cláusula "5. EXCLUSÕES GERAIS":

m) Dano Moral, exceto os que resultarem de um dano material, corporal ou estético coberto por este contrato de seguro.

1.1.3. Alínea "b" e "c" do subitem 4.1.1. do item "4.1. COBERTURA BÁSICA":

b) Custas judiciais do foro cível e/ou qualquer instância administrativa, honorários de advogados e demais despesas relacionadas com o processo e a defesa do Segurado; Incluem-se nesse conceito as despesas razoáveis e necessárias de comparecimento às esferas judiciais, despendidas pelo Segurado enquanto

Réu, excetuando-se os Custos de Defesa na Esfera Criminal, que somente estarão cobertos se forem exclusivamente decorrentes de uma Reclamação coberta pelo seguro nas esferas cível e administrativa;

c) Custos Emergenciais de Defesa, entendidos como as despesas razoáveis incorridas pelo Segurado visando evitar uma Reclamação ou potencial Reclamação quando este não puder obter o consentimento por escrito e imediato da Seguradora antes de incorrer em Custos de Defesa, exclusivamente nas hipóteses de:

c.1) Ordem ou Mandado Judicial ou Extrajudicial que imponha restrições de direito e/ou de liberdade ao Segurado; ou

c.2) Quando o Segurado tome ciência formal de uma Reclamação durante período de férias, períodos de descanso ou recesso ou quando a formalização à Seguradora não seja possível em virtude de impossibilidade de comunicação; ou

c.3) Quando a Reclamação requeira providências urgentes, sob pena de perda de direito à defesa do Segurado caso fosse esperada a autorização da Seguradora.

Todas as Custas e despesas previstas nas Alíneas aqui citadas ficam limitadas ao expressamente definido na especificação da apólice.

2. CONDIÇÃO ESPECIAL APLICÁVEL EXCLUSIVAMENTE À ESTA CLÁUSULA

2.1. Fica entendido e acordado que as coberturas securitárias previstas nesta Cláusula Particular se estendem para cobrir:

2.1.1. O Médico Pessoa Física que obtenha um CNPJ apenas em caráter de atuação individual e administrativa, desde que na qualidade de prestador de serviço apto para atuar como tal, dentro das regras e normas estabelecidas nas Leis nº 3.268/1957, nº 12.842/2013, nº 8.080/1990, nº 9.656/1998, e ainda, qualquer lei que venha a implementá-las, substituí-las e/ou revogá-las, e que esteja devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM), atuando com suas atividades profissionais de acordo com suas competências e habilidades profissionais de forma comprobatória com CRM, RQE ou em Residência Médica, que poderá ser comprovada em casos de futuro acionamento da apólice, e que necessariamente:

a. Possua até um (01) funcionário atuando com atividades administrativas;

b. Seja o sócio majoritário neste CNPJ;

c. A Reclamação seja inerente apenas aos Serviços Profissionais realizados pelo Segurado Pessoa Física nomeado na apólice atuando como Médico;

d. O CNPJ seja única e exclusivamente para fins de emissão de nota fiscal e processos administrativos, não figurando como Instituição Médica.

2.1.2. O Médico quando ele estiver desempenhando as funções de diretor médico, **Responsável Médico**, chefe de equipe ou posições de gestão e supervisão de equipes médicas e/ou **Médicos** em **Período de Residência Médica**, nos casos em que ele

seja envolvido em uma **Reclamação** decorrente dos **Serviços Profissionais** realizados pela equipe médica e/ou médico em **Período de Residência Médica** que estejam sob sua responsabilidade de forma comprovada durante a data do **Fato Gerador**.

2.2. O **ATO DO BOM SAMARITANO**, quando o Médico estiver desempenhando um atendimento e/ou ajuda médica de emergência onde se faz necessária a ação imediata, fora de seu horário de trabalho e/ou fora de seu local trabalho.

3. RISCOS EXCLUÍDOS E PREJUÍZOS NÃO INDENIZÁVEIS

3.1. Além das Exclusões constantes da Cláusula "5 – EXCLUSÕES GERAIS" das Condições Gerais desta apólice, fica estabelecido ainda que a Seguradora não será responsável por qualquer pagamento com base em qualquer Cobertura ou relacionada a qualquer Reclamação, resultante de, baseada em ou atribuível a Danos, Despesas ou Custos, ainda que indiretos, de qualquer que seja a espécie, causados por ou oriundos de:

3.1.1. Manipulação de Medicamentos;

3.1.2. Quaisquer atividades da área da saúde que não sejam realizadas por um Segurado, conforme estrita e expressamente definido no Glossário desta Cláusula;

3.1.3. Atos de gestão do Segurado, incluindo enquanto chefe de equipe e/ou diretor clínico e/ou diretor técnico;

3.1.4.Atos e/ou procedimentos, quaisquer que sejam, que envolvam Médicos com as seguintes especialidades;

a. Cirurgião Plástico;

b. Reprodução Humana;

c. Anestesiologista;

3.1.5.Realização de prestação de serviço ou procedimento específico sem o devido registro, especialização, curso ou qualquer outra exigência pela legislação em vigor das Autoridades Competentes, considerando inclusive os conselhos de classe;

3.1.6. Procedimentos e cirurgias de cunho puramente estéticos;

3.1.7. Ausência e/ou expiração de licença ou registro profissional;

3.1.8. Prestação de todo e qualquer Serviço Profissional fora do âmbito da área de atuação definida expressamente na apólice, exceto se praticado na condição de "Ato do Bom Samaritano";

3.1.9. Não decorrentes de serviços profissionais na área da saúde;

3.1.10. Assédio moral, assédio ou abuso sexual, injúria, calúnia ou difamação;

3.1.11. Serviços Administrativos e/ou Operacionais;

3.1.12. Atividades de e/ou que envolvam planos de saúde e seus Serviços Administrativos e Operacionais;

3.1.13. Danos causados a terceiros enquanto não na condição de paciente do Segurado;

3.1.14. Serviços Profissionais com técnica, medicamentos e/ou equipamentos não reconhecidos pela ciência médica e/ou órgãos competentes e ainda, os atos médicos envolvendo técnicas experimentais;

3.1.15. Promessa de resultado, tais como, mas não se limitando a:

(I) Cura, recuperação ou melhoria de qualquer doença, enfermidade, ferimento, lesão;

(II) Êxito em procedimento ou tratamento para proporcionar ou impedir a fecundidade;

(III) Atingimento de qualquer peso, fisionomia, talhe ou índice corporal como IGC ou IMC;

(IV) Atingimento de qualquer nível de concentração de quaisquer substâncias no organismo;

(V) Abstinência do uso de qualquer alimento, bebida, droga, medicamento ou substância;

3.1.16. Insatisfação de natureza subjetiva em relação ao resultado de qualquer Serviço Profissional no qual não tenha se verificado Responsabilidade Civil Profissional do Segurado, incluindo, mas não se limitando a coloração, formato, posição, tamanho, textura, simetria de qualquer parte ou da totalidade do corpo do paciente, que não tenha decorrido ou não esteja associado a ato culposo.

3.1.17. Reclamações decorrentes de acondicionamento inadequado, incluindo, mas não se limitando a medicamentos, produtos, equipamentos, vacinas e todos os materiais de suporte;

3.1.18. Reclamações decorrentes de contaminação em lote de bolsa de sangue e contaminação em qualquer etapa do processo de transfusão e doação de sangue;

3.1.19. Uso e/ou manipulação de produtos e/ou medicamentos e/ou procedimentos não aprovados por órgãos reguladores, legislação aplicável e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, na data do Fato Gerador;

3.1.20. Conduta dolosa confessada, atestada pelo Segurado, enquadrando-se então como Ato Doloso;

3.1.21. Serviços Profissionais ou ato profissional que estejam com a exigibilidade suspensa ou que foram ou vierem a ser revogadas na data da realização da prestação de serviço;

3.1.22. Reclamações decorrentes da recusa ou demora de atendimento, incluindo, mas não se limitando a aprovação de operadoras de saúde e convênios e/ou outras empresas relacionadas a especialidade contratada;

3.1.23. Enfermidades genéticas, no caso em que se determine que elas tenham sido causadas por uma manipulação genética por parte do Segurado;

3.1.24. 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 ou substâncias;

3.1.25. Serviços Administrativos e/ou Operacionais.

4. GLOSSÁRIO TÉCNICO APLICÁVEL ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE À CLAUSULA PARTICULAR N° 05 – RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL PARA MÉDICOS

Exclusivamente para os fins desta Cláusula Particular n° 05, os termos e expressões abaixo terão os seguintes significados, sendo parte integrante e inseparável desta cobertura, sobrepondo-se à todas as demais citadas na presente apólice:

ATO DO BOM SAMARITANO

Quaisquer primeiros socorros, assistências ou tratamentos emergenciais prestados pelo **Segurado** fora de seu expediente regular, na cena de uma emergência médica, na qual a presença do **Segurado** se deu por acaso ou em resposta a um pedido de emergência.

CRM

Conselho Regional de Medicina, é o órgão regulador dos profissionais de medicina, responsável por regulamentar, fiscalizar, auditar e inspecionar o exercício da medicina em seus respectivos estados.

ESPECIALIDADE MÉDICA

Ramo de atuação médica onde o médico possui formação específica e residência médica comprovada, que precisam ser reconhecidas pelo CFM (Conselho Federal de Medicina) e comprovadas por um RQE (Registro de Qualificação de Especialista), conforme estabelecido na Especificação da Apólice.

INSTITUIÇÃO MÉDICA

Entende-se para os fins deste seguro, que **INSTITUIÇÃO MÉDICA** é um estabelecimento de saúde que fornece serviços médicos, seja para diagnóstico, tratamento, prevenção ou cuidados de saúde, tais como: hospital, clínica, laboratório, não sendo objeto nem o objetivo deste seguro.

MANIPULAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Combinação, manipulação ou mistura de medicamentos, produtos farmacêuticos ou outras substâncias de uso medicinal, realizado por profissional devidamente licenciado para tal, com o objetivo de criar novos medicamentos, medicamentos compostos ou "coquetéis" a serem administrados à pacientes.

MÉDICO

Profissional da saúde, cuja formação superior deve ser em medicina e devidamente autorizado pelo CRM (Conselho Regional de Medicina) para atuar como tal, neste caso, sendo o único **Segurado** por esta apólice conforme a definição de "**SEGURADO**" neste glossário, excetuando-se todo e qualquer outro profissional aqui não encaixado, tais como: enfermeiro, farmacêutico, dentista, veterinário e outros.

PERÍODO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

É o período de pós-graduação no qual um médico já formado realiza sua pós-graduação com treinamento prático em serviço com o objetivo de se tornar especialista em determinado ramo da medicina. Nesse período a atuação médica é passível de cobertura nesta apólice, desde que suas atividades médicas objeto da **Reclamação** estejam de acordo com uma declaração da ins-

tituição com planilhas de trabalho, data de início e término da residência e a supervisão de um médico especialista responsável pelo treinamento prático em serviço do Segurado da apólice.

RESPONSÁVEL MÉDICO
Profissional da área da saúde que ocupe ou tenha ocupado cargo ou exerça ou tenha exercido função de direção, chefia, ou supervisão de serviços profissionais na área da saúde, tais como diretor clínico, diretor técnico, médico responsável ou cargos ou funções a estas assemelhadas.

RQE
Registro de Qualificação de Especialidade. É o documento comprobatório e obrigatório que um médico, uma vez que possui uma especialidade médica em determinado ramo de atuação, deve possuir para que possa exercer a especialidade médica que se diz ser especialista. Este documento deve ser emitido pelo CRM.

SEGURADO
Para efeitos desta cláusula e tudo que na apólice a ela se aplique, deve ser entendido por Segurado o Médico Pessoa Física, desde que na qualidade de prestador de serviço apto para atuar como tal, dentro das regras e normas estabelecidas nas Leis nº 3.268/1957, nº 12.842/2013, nº 8.080/1990, nº 9.656/1998, e qualquer lei que venha a implementá-las, substituí-las e/ou revogá-las, e que esteja devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM), atuando com suas atividades profissionais de acordo com suas competências e habilidades profissionais de forma comprobatória com CRM, RQE ou em Residência Médica, que deverá ser comprovada em casos de futuro acionamento da apólice.

SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS E OPERACIONAIS
São atividades complementares aos **Serviços Profissionais**, mas que não são os **Serviços Profissionais** alvo da cobertura securitária desta apólice, tais como:

(I) Gestão logística e administrativa de documentos, processos, fluxos, materiais, equipamentos, resíduos, fornecedores, prestadores de serviço, recursos humanos, pacientes dentro da instituição médica;

(II) Administração de agenda, cancelamentos, remarcações, autorização de convênio médico;

(III) Administração de finanças, notas, cobranças, caução, faturamento, aceitação e/ou reembolso de procedimentos, exames e consultas médicas;

(IV) Documentos cadastrais e/ou formulários para atendimento médico eletivo e/ou emergencial;

(V) Serviços de marketing, jurídico, tecnologia, recursos humanos e demais atividades de apoio e administração;

(VI) Gestão e organização de resíduos, roupas de cama, higienização e desinfecção em geral;

SERVIÇOS PROFISSIONAIS
São as atividades profissionais da área da saúde humana de acordo com a **Especialidade Médica** informada na **Especificação da Apólice**, desenvolvidas pelo **Segurado** atuando como **Médico**, prestando serviços para **Terceiros**, tais como:

(I) Atendimentos, avaliações, consultas, visitas médicas, diagnósticos, exames e solicitações de exames, prescrição e administração de medicamentos já prontos, intervenções, prestação de socorro ou assistência emergencial, tratamento, prevenção e acompanhamento de doenças, enfermidades, ferimentos, lesões ou males, auxílio no alívio da dor, preservação do bem-estar da saúde física e da saúde mental, emissão de relatórios, atestados e laudos médicos;

(II) Procedimentos médicos realizados em consultório, desde que:

II.I. Utilizem apenas anestesia local ou sedação leve;

II.II. Não possuam a necessidade de anestesista e internação,

II.III. Possuam duração máxima de 6 (seis) horas;

II.IV. Sejam procedimentos que não coloquem a vida do paciente em risco eminente;

(III) Procedimentos cirúrgicos realizados em hospital, desde que:

III.I. Sejam cirurgias realizadas por médicos com a especialidade médica de acordo com a cirurgia, de forma comprovada;

III.II. Possuam anestesista de plantão;

III.III. Possuam suporte hospitalar completo para o bom funcionamento de um centro cirúrgico;

III.IV. Todo e qualquer procedimento seja realizado por um médico especialista dentro de um centro cirúrgico;

TERCEIRO
Qualquer pessoa natural prejudicada em um sinistro, exceto o próprio Segurado, seus ascendentes, descendentes, cônjuge e irmãos, bem como quaisquer pessoas que com ele residam ou que dele dependam economicamente e ainda, os prepostos, os empregados, bolsistas, estagiários, temporários, prestadores de serviços e os sócios, administradores e diretores do Segurado.

5. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os demais termos e condições desta apólice que não tenham sido expressamente alteradas e/ou revogadas por esta Cláusula Particular.

essor

Seguradora do Grupo SCOR

essor.com.br