|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

***IMPORTANTE:*** *Todos os campos aplicáveis deverão ser preenchidos. Campos não preenchidos serão considerados, para todos os efeitos legais e de coberturas securitárias, como não aplicáveis. Este documento será considerado parte integrante da apólice, caso o seguro seja contratado.*

**Histórico de Reclamações**

|  |
| --- |
| O proponente já sofreu reclamações ou foi demandado por Responsabilidade Civil Profissional em decorrência de negligência, imperícia ou imprudência?  SIM  NÃO |
| O proponente tem conhecimento de qualquer circunstância que possa originar uma reclamação em decorrência dos serviços profissionais prestados?  SIM  NÃO |

***ATENÇÃO! Este formulário é exclusivo para instituições sem histórico de reclamações. Se alguma resposta acima for SIM, não siga com o preenchimento deste formulário. Para proponentes com histórico de reclamações, preencher o QUESTIONÁRIO DE RISCO e submeter à análise.***

**Dados do Proponente**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Razão Social: | | | | | CNPJ: | |
| Endereço Completo: | | | | Nº: | Complemento: | |
| Bairro: | | Cidade/UF: | | | | CEP: |
| Pessoa de Contato: | E-mail: | | | | | |
| Telefone: | | | Celular: | | | |

**Dados das Filiais do Proponente**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| O proponente possui filiais e/ou unidades que deverão estar amparadas pelo seguro?  SIM  NÃO | | | Se sim, quantas? | |
| Endereço Filial: | | Nº: | Complemento: | |
| Bairro: | Cidade/UF: | | | CEP: |
| Endereço Filial 2: | | Nº: | Complemento: | |
| Bairro: | Cidade/UF: | | | CEP: |

*Se os espaços acima não forem suficientes, anexe as informações adicionais em folha separada.*

**Dados do Seguro | Coberturas**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo de Seguro:  NOVO  RENOVAÇÃO UNIMED  RENOVAÇÃO CONGÊNERE | | Se Renovação Unimed, Apólice nº: | | |
| Limite Máximo de Garantia (LMG):  R$ | Franquia | Participação Obrigatória do Segurado (POS)¹: | | | Vigência:  De:  Até |
| Data de retroatividade² desejada: | | | | |
| Nome da Seguradora Anterior | | | Prazo Complementar | |

*¹* *A franquia não se aplicará aos honorários advocatícios da cobertura de custos de defesa.*

*² Informe os dados da última apólice emitida na congênere para ter direito à* ***Cobertura para Extensão do Período de Retroatividade3****, uma cobertura exclusiva para renovação de congênere. Para a emissão da apólice com esta cobertura, é necessário o envio da cópia da apólice e condições gerais da Seguradora anterior para a comprovação das informações acima. Caso contrário a apólice não será emitida com esta cobertura.*

***4 IMPORTANTE****:* *Esta proposta é válida para renovação de congênere com prazo complementar mínimo de 3 anos. Para prazo inferior, solicite uma cotação.*

**Atividades realizadas pela Instituição**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Informar as categorias e tipos de atendimentos prestados pela Instituição. Apenas os atendimentos indicados estarão cobertos e na falta de indicação de pelo menos um atendimento, a proposta será recusada:  Público  Privado  Fundação  SUS  Particular  Convênio | Plano de Saúde  Outros: | | |
| Clínica de Acupuntura | Clínica de Medicina Esportiva sem Cirurgia | Consultório Odontológico com Implante e/ou | |
| Clínica de Cardiologia | Clínica de Medicina do Trabalho | cirurgia, ortodontia, estética³ e cirurgia | |
| Clínica de Dermatologia com Cirurgia | Clínica de Oftalmologia com Cirurgia | bucomaxilofacial | |
| Clínica de Dermatologia sem Cirurgia | Clínica de Oftalmologia sem Cirurgia | Consultório Odontológico exceto com Implante | |
| Centro de Diálise | Clínica de Ortopedia e Traumatologia | e/ou cirurgia, ortodontia, estética e cirurgia | |
| Clínica de Fonoaudiologia | com Cirurgia | bucomaxilofacial | |
| Clínica de Fisioterapia | Clínica de Psicologia | Farmácia com Estética³ | |
| Clínica de Geriatria (somente consultas) | Clínica Psiquiátrica | Farmácia sem Estética | |
| Centros Geriátricos | Clínica de Pediatria sem Cirurgia | Farmácia de Manipulação | |
| Clínica de Ginecologia com Obstetrícia | Clínica de Radiologia e Diagnóstico por imagem | Laboratório de Análises Clínicas | |
| Clínicas de Ginecologia sem Obstetrícia | Clínica de Vacina (Imunologia) | Outras Clínicas com Cirurgia (exceto plástica) | |
| Clínica de Medicina Esportiva com Cirurgia | Clínica Veterinária | Outras Clínicas sem Cirurgia | |
| Quantidade de Profissionais4:  Até 10  De 11 até 20  De 21 até 30  De 31 até 50  *3 Especialidades com prática estética estarão amparadas de acordo com a legislação em vigor na data do procedimento.*  *4 Desconsiderar faxineiros, copeiros, office-boys, vigias, porteiros e semelhantes; Matriz e Filiais: Podem ser somadas as quantidades de profissionais.* | | | |

**Forma de Pagamento**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Prêmio Total Anual:  R$ | Tabela CIC: | | Opção de Pagamento:  Débito em Conta5   Boleto Registrado6 | |
| Bancos Conveniados para Débito:  001 Banco do Brasil  748 Sicred  756 Bancoob  341 Itaú  033 Santander  084 Uniprime  099 Uniprime Central  237 Bradesco  136 Unicred | | | | |
| Agência nº: | | Conta /Dígito: | | Quantidade de Parcelas: |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

*⁵ O cliente deverá entrar em contato com seu banco ou verificar nos canais de autoatendimento se há a necessidade de autorização prévia para débitos automáticos.*

*6 Disponível apenas pelo Sicoob.*

**Dados do Escritório Regional | Corretor**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Código de Vendas (ER): | Executivo Unimed: | | | Código de Relacionamento: | | Código do Agente: | |
| Corretora: | | Código SUSEP: | Código Unimed: | | CNPJ: | | CIC: |
| Corretora: | | Código SUSEP: | Código Unimed: | | CNPJ: | | CIC: |

**Outros Seguros**

|  |
| --- |
| O Proponente possuiu ou atualmente possui apólice de Seguro de Responsabilidade Civil Profissional junto à outra seguradora?  SIM  NÃO | **Se sim, informe no quadro abaixo: Nome da Seguradora | Limite da Apólice | Período de Vigência.** |
| O Proponente teve algum sinistro indenizado ou negado em outra seguradora?  SIM  NÃO | **Se sim, informe no quadro abaixo o motivo da recusa.** |

**Informações Complementares**

|  |
| --- |
|  |

**Observações**

Prêmios expressos em reais (R$); A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco; A partir da data do recebimento da proposta, a SEGUROS UNIMED terá o prazo máximo de 15 (quinze) dias para aceitar ou recusar o risco, bem como solicitar mais informações; Faz-se necessária a informação de todas as especialidades e áreas de atuação do Segurado, conforme tabela utilizada para cotação; O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização; O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Declaro, como Corretor nesta contratação, que, na forma da legislação vigente, dei cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, § 1º, da referida Resolução.

**Declaração**

**O proponente, seu representante legal ou seu corretor de seguros, devidamente habilitado, declara que:**

**(i)**     **Todas as informações fornecidas neste documento são verdadeiras, completas e fornecidas de boa-fé, sob pena do disposto nos Arts. 765 e 766 do Código Civil, sem prejuízo ao disposto nas Condições Gerais.**

**(ii)**    **Está ciente do dever de informar a Seguradora imediatamente caso as informações prestadas neste documento sofram qualquer alteração antes da efetivação do seguro. Com base nas novas informações, a Seguradora poderá rever sua posição quanto à aceitação do risco ou quanto às condições oferecidas, inclusive no que tange a prêmios, coberturas e exclusões.**

**(iii)**  **Está ciente que uma vez efetivado o seguro, o presente documento, juntamente com eventuais anexos entregues em folhas separadas, passarão a integrar a apólice e que caso julgue necessário, a Seguradora poderá, a qualquer momento, solicitar informações adicionais e/ou verificar a veracidade das informações fornecidas.**

**(iv)**   **Desconhece, durante o período de retroatividade, quaisquer fatos ou atos que possam dar origem a uma reclamação coberta pelo seguro e que caso seja concedido período de retroatividade anterior ao início de vigência da apólice, serão passíveis de cobertura os fatos desconhecidos pelo Segurado no momento da contratação.**

**(v)**    **Tomou ciência das Condições Contratuais do Seguro, disponíveis em**[***www.segurosunimed.com.br/rc-saude-instituicoes/condicoes***](http://www.segurosunimed.com.br/rc-saude-instituicoes/condicoes)**, em especial no que tange às coberturas e às exclusões, e de que o presente seguro é à base de reclamação com notificação, exigindo sua comunicação à seguradora tão logo se tenha conhecimento.**

**(vi) Está ciente que o e-mail e o telefone indicados nesta proposta são de titularidade do proponente/segurado e autoriza que os comunicados, notificações e informações, sejam realizados pela Seguradora através de e-mail, SMS, WhatsApp ou quaisquer outros serviços de mensageria. Confirma que os dados são plenamente válidos para todos os efeitos legais e assume a obrigação de mantê-los atualizados através da Central de Relacionamento no telefone 0800 016 6633.**

**(vii) Atenção, cientificamos desde já, que previamente a esta contratação, o Intermediário tem a obrigação de repassar as informações previstas no art. 4º, § 1º da Resolução CNSP 382/2020, inclusive relativas aos valores pertinentes à contratação e intermediação do seguro. Em caso de dúvida, contate o intermediário para esclarecimentos, antes da contratação.**

**Sustentabilidade**

***Pequenas atitudes fazem a diferença!***

**Pensando em contribuir com a preservação do meio ambiente, a Seguros Unimed enviará os documentos que formalizam a contratação do seguro através do e-mail cadastrado. No entanto, se desejar, poderá solicitar a via física através da nossa Central de Relacionamento.**

