

Condições Gerais

Seguro de Pessoas Coletivo Global

Índice



Conheça seu seguro ____4

1. Características
2. Objetivo
3. Definições
4. Coberturas



Conheça seus prazos ____7

5. Riscos Excluídos
6. Vigência e Renovação de Seguro
7. Aceitação da Proposta de Contratação
8. Aceitação da Proposta de Adesão
9. Custeio do Seguro
10. Cobrança e Pagamento Dos Prêmios
11. Cancelamento da Apólice
12. Cessação da Cobertura Individual



Conheça os valores ____11

13. Capital Segurado
14. Atualização dos Valores do Seguro
15. Taxa do Seguro e Recálculo do Prêmio



Como utilizar ____18

16. Beneficiário(S)
17. Ocorrência do Sinistro
18. Pagamento da Indenização
19. Perícia Médica/Junta Médica
20. Perda do Direito à Indenização
21. Alterações da Apólice
22. Outras Obrigações do Estipulante
23. Cumprimento das leis anticorrupção
24. Da violação de leis e normas de embargos ou sanções econômicas e comerciais



Coberturas

COBERTURA DE MORTE	17	COBERTURA DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)	75
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	19	COBERTURA DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA)	79
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPA)	21	COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO (AUXM)	82
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	25	COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO POR ACIDENTE (AMA)	84
COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA FUNCIONAL (IPD-F)	27	COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (ITT)	86
COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS (VR)	32	COBERTURA DE PAGAMENTO ANTECIPADO ESPECIAL EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL EM DECORRÊNCIA DE DOENÇA PROFISSIONAL (PAED)	88
COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS POR ACIDENTE (VRA)	34	COBERTURA AUXÍLIO NATALIDADE (AN)	90
COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS (DCF)	36	COBERTURA AUXÍLIO NATALIDADE REEMBOLSO (ANR)	91
COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS (DD)	37	COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE ASCENDENTE(S) - (IA)	93
COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE (DDA)	39	COBERTURA AFASTAMENTO ACIDENTÁRIO LABORATIVO (ALL)	94
COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL (AUXF)	41		
COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE (AUXFA)	43		
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (AF)	45		
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR ACIDENTE (AFA)	48		
COBERTURA DE CESTA BÁSICA (CB)	50		
COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA POR ACIDENTE (CBA)	55		
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)	58		
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)	60		
COBERTURA DOENÇA TERMINAL (DT)	62		
COBERTURA DE DIÁRIAS INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DITAD)	64		
COBERTURA DE DIÁRIAS INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA)	66		
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)	68		
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG)	71		

Condições Gerais do Seguro de Pessoas Global

causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;

3.1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, ainda que agravadas, direta ou indiretamente por acidente; ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente coberto, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto
- b) intercorrências ou complicações em consequência da realização de exames, de tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) doenças profissionais ou ocupacionais, mesmos quando consideradas acidente do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalides acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de Acidente Pessoal definido no subitem 3.1.
- e) acidentes causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- f) acidentes causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor.
- g) acidentes em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

3.2. Apólice: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) contratada(s) pelo Estipulante.

3.3. Apólice Coletiva: é o instrumento do Contrato celebrado entre Estipulante e Seguradora, que possibilita adesão ao seguro, dos componentes do Grupo Segurável, que mantenham com o Estipulante um Vínculo anterior ao seguro.

3.4. Beneficiário(s): é(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores de Indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.

1. CARACTERÍSTICAS

1.1. A METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA S.A., doravante denominada Seguradora, institui o Seguro Coletivo de Pessoas, descrito nestas Condições Gerais, Coberturas e Coberturas Suplementares.

2. OBJETIVO

2.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de Eventos Cobertos pela(s) cobertura(s) contratada(s), exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais Disposições Contratuais.

3. DEFINIÇÕES

3.1. **Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte, ou a Invalidez Permanente, Parcial ou Total, ou que torne necessário tratamento médico ou afastamento das atividades laborativas, ou internação hospitalar do Segurado e/ou dos Segurados Dependentes, quando incluídos

3.1.1. Incluem-se ainda no conceito de Acidente Pessoal:

- a) suicídio ou a sua tentativa, após dois anos de contratação do Seguro Individual ou da sua recondução depois de suspenso, que será equiparado, para fins de Indenização, a Acidente Pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) escapamento acidental de gases e vapores;
- d) sequestros e suas tentativas;
- e) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática,

3.5. Capital Segurado: é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a(s) cobertura(s) contratada(s), em caso de ocorrência de Evento Coberto. **Nenhuma Indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.**

3.6. Capital Segurado Global: modalidade de contratação coletiva da garantia em risco, respeitados os critérios técnico-operacionais, forma e limites fixados pela Susep, segundo o qual o valor do Capital Segurado Individual referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

3.7. Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à(s) cobertura (s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento do Prêmio. A Carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as coberturas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência. **Na hipótese de aumento do Capital Segurado, o seguro estará sujeito a novo período de Carência, contado a partir da data do início de vigência do aumento, exclusivamente aplicável ao aumento solicitado.**

3.8. Cobertura(s) Contratada(s): é o conjunto das condições e disposições que regem especificamente cada uma das coberturas disponíveis, passando a ser garantido pelo seguro, quando contratada.

3.9. Condições Gerais: é o documento que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como define as características gerais do seguro.

3.10. Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades de determinada contratação de plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, do Segurado e do(s) Beneficiário(s).

3.11. Disposições Contratuais: é o conjunto de condições que regem a contratação.

3.12. Doenças Preexistentes: doença de conhecimento do Segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.

3.13 Estipulante: é a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação dos Segurados, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.

3.14 Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto e não excluído na(s) cobertura(s) contratadas, ocorrido durante sua vigência contratada, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou do(s) Beneficiário(s).

3.15 Coberturas: É a designação genérica utilizada para indicar as obrigações que a Seguradora assume para com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, desde que constantes no certificado individual.

3.16 Grupo Segurado: é aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no seguro.

3.17 Grupo Segurável: é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantém vínculo com o Estipulante que podem aderir ou serem incluídas no seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

3.18 Indenização: é o valor devido pela Seguradora ao Segurado, ao Segurado Dependente ou ao(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência de um Evento Coberto. A Indenização está limitada ao Capital Segurado individual contratado para cada uma das coberturas.

3.19 Prêmio: é o valor pago à Seguradora nos termos previamente ajustados como contraprestação à(s) cobertura(s) contratada(s) e informado no Certificado Individual do Seguro.

3.20 Proponente: é a pessoa física cuja adesão ao seguro é solicitada, e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

3.21 Proposta de Contratação: é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido, por meio do qual o Estipulante manifesta sua vontade de contratar o seguro em proveito dos componentes do Grupo Segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

3.22 Regime Financeiro de Repartição Simples: é aquele através do qual se repartem ou se dividem estruturado no Regime onde não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.

3.23 Riscos Excluídos: são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e cobertura(s)

contratada(s), que não estão cobertos pelo presente seguro.

3.24 Segurado: é a pessoa física que mantém Vínculo com o Estipulante, regularmente incluída e aceita no seguro.

3.25 Segurado Dependente: é o Cônjuge, Filho(s) e/ou Ascendentes do Segurado.

3.26 Seguradora: é a Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

3.27 Sinistro: é a ocorrência de um Evento Coberto garantido pela Seguradora e capaz de lhe acarretar obrigações pecuniárias..

3.28 SUSEP: Superintendência de Seguros Privados é o Órgão Regulador dos Seguros responsável pelo controle e fiscalização do mercado securitário.

3.29 Vigência: é a data a partir da qual a(s) cobertura(s) contratada(s) serão garantidas pela Seguradora.

3.30 Vínculo: é a relação de mesma natureza, anterior ao contrato de seguro, existente entre o Estipulante e determinado grupo de pessoas.

Auxílio Funeral (AUXF)
Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA)
Assistência Funeral (AF)
Assistência Funeral por Acidente (AFA)
Cesta Básica (CB)
Cesta Básica por Acidente (CBA)
Cobertura Suplementar de Inclusão de Cônjuge (IC)
Cobertura Suplementar de Inclusão de Filhos (IF)
Doença Terminal (DT)
Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD)
Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)
Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente(DMHO)
Doenças Graves (DG)
Diária por Internação Hospitalar (DIH)
Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)
Auxílio Medicamento (AUXM)
Auxílio Medicamento por Acidente (AMA)
Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)
Pagamento Antecipado Especial Em Caso De Invalidez Permanente Total Em Decorrência De Doença Profissional (PAED)
Auxilio Natalidade (AN)
Auxilio Natalidade Reembolso (ANR)
Cobertura Suplementar de Inclusão de Ascendente (S) - (IA)
Afastamento Acidentário Laborativo (AAL)

1. COBERTURAS

1.1. As coberturas a seguir são passíveis de contratação para este seguro, respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela Seguradora. Os respectivos riscos excluídos, objetivos, normas e demais características, estão dispostos nas respectivas coberturas.

Morte
Morte Acidental (MA)
Invalidez Permanente por Acidente (IPA)
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F)
Verbas Rescisórias (VR)
Verbas Rescisórias por Acidente(VRA)
Doença Congênita de Filhos (DCF)
Despesas Diversas (DD)
Despesas Diversas por Acidente (DDA)

4.2. Além das conjugações passíveis de disponibilização pela Seguradora as coberturas a seguir não poderão ser contratadas conjuntamente:

- Invalidez Permanente por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- Verbas Rescisórias (VR) e Verbas Rescisórias por Acidente (VRA);
- Despesas Diversas (DD) e Despesas Diversas por Acidente (DDA);
- Auxílio Funeral (AUXF) e Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA);
- Assistência Funeral (AF) e Assistência Funeral por Acidente (AFA);
- Cesta Básica (CB) e Cesta Básica por Acidente (CBA).
- Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F) e Doença Terminal (DT)
- Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD) e Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT);

- i) Diária por Internação Hospitalar (DIH) e Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA);
- j) Auxílio Medicamento (AUXM) e Auxílio Medicamento por Acidente (AMA);
- k) Auxílio Natalidade (AN) e Auxílio Natalidade Reembolso (ANR)

4.2.2. A(s) cobertura(s) contratada(s) será(ão) expressa(s) contratualmente e no Certificado Individual do Seguro

4.3 Este seguro prevê ainda a possibilidade de contratação das seguintes coberturas suplementares:

- a) Inclusão de Cônjuges (IC)
- b) Inclusão de Filhos (IF)
- c) Inclusão de Ascendentes (IA)

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos indicados no subitem 3.1.2 – Definições, estão expressamente excluídos destas Coberturas, os eventos causados em consequências diretas ou indiretas e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) endemias, epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo. competições ilegais;

6. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

6.1. Vigência e Renovação da Apólice Coletiva

6.1.1. O início de vigência da Apólice Coletiva será estabelecido na Carta Contrato ou na Proposta de Contratação. No caso de Carta Contrato, a vigência está condicionada ao recebimento, pela Seguradora, da referida Carta Contrato, devidamente assinada pelo Estipulante sem qualquer modificação ao seu conteúdo.

6.1.1.1. O início e término de vigência do seguro será a 24hs (vinte e quatro) horas das datas indicadas, respectivamente, na Apólice, nos Certificados Individuais do Seguro e nos endossos no termo da cobertura.

6.2 O prazo de vigência da Apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente.

6.3 A Apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do final de vigência da Apólice.

6.4 A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

6.5. A renovação que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante, exclusivamente.

6.5.1 Na hipótese de alteração da Apólice que implique em ônus, dever ou redução dos direitos do Segurado, a renovação deverá ter anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado. Inexistindo Vínculo prévio ao seguro, entre Segurado e Estipulante, o tratamento da renovação será feito diretamente com o Segurado.

6.6. Caso a Seguradora não tenha a intenção de renovar o seguro, deverá avisar o Estipulante/Segurado com 30 (trinta) dias de antecedência do final de vigência da Apólice.

6.7. Vigência Individual

6.7.1 O início de vigência do Certificado Individual, desde que o Proponente seja aceito no seguro, será estabelecido contratualmente e constará no Certificado Individual do Seguro.

6.7.2 Para as novas adesões, o início de vigência será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da sua contratação na empresa. Mediante comprovação no momento do sinistro, por meio do documento aplicável de acordo com tipo de vínculo.

7. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

7.1. A Proposta de Contratação, assinada obrigatoriamente pelo representante legal do Estipulante, deverá ser entregue à Seguradora.

7.2. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.

7.3. Caberá à sociedade seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

7.4. As Condições Gerais completas deste Seguro acompanharão a Proposta de Contratação.

7.5. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados **a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la.** Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.

7.6. A Seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação complementar.

7.7. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral, **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado, atualizado da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo). Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização de que trata este item será feita pelo índice de **IPC/FIPE** (Preços ao Consumidor/Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

7.7.1 Durante o período compreendido entre a data da recepção do Prêmio, pago antecipadamente pelo Estipulante, até a data da formalização da recusa da Proposta de Contratação, haverá cobertura pelo seguro.

7.8 O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à(s) Coberturas(s) contratada(s), se ficar comprovado que foi silenciado de má-fé.

7.9. A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de

agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a Cobertura ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.

7.9.1. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

7.10. O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Tratando-se de seguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de Prêmio.

8. ACEITAÇÃO INDIVIDUAL DOS PROPONENTES

8.1. As exigências para aceitação dos Proponentes serão estabelecidas contratualmente.

8.2. Serão incluídos no seguro somente as pessoas pertencentes ao grupo segurável, na condição de sócio/diretores, constantes do Estatuto Social que tenham retiradas mensais sob a forma de “pró-labore” ou “dividendos”, os funcionários e estagiários, registrados e ativos no **CAGED** (cadastro Geral de Empregados e Desempregados) vinculados ao Estipulante, desde de que na data estabelecida para início de vigência do risco individual estiverem:

a) Em plena atividade profissional;

b) Em perfeitas condições de saúde;

c) Com idade dentro dos limites estabelecidos nas condições contratuais da apólice na data do início da vigência individual do seguro.

8.3. Cabe ao Estipulante informar a Seguradora os nomes dos segurados portadores de deficiência ressaltando o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação da responsabilidade da Seguradora.

8.4. Somente serão consideradas como aceitas no seguro, as pessoas pertencentes ao Grupo Segurável que não estiverem afastadas do trabalho na data fixada para início do respectivo risco individual por motivo de doença ou acidente.

8.5. Para os segurados que se afastarem posteriormente a data de início de vigência da apólice, deverão permanecer recolhendo o prêmio do seguro junto a seguradora normalmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL

9.1. Coberturas disponíveis nesta Condição Geral abrangem os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo disposições Contratuais em contrário.

10. CUSTEIO DO SEGURO

10.1. Para fins deste Seguro, a forma de custeio será **não contributário**, ou seja, os Segurados não pagam Prêmio, sendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente do Estipulante.

11. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

11.1 É de responsabilidade do Estipulante, salvo disposições em contrário previstas contratualmente, a cobrança do Prêmio Individual e da quitação nas Apólices Coletivas, nos prazos contratuais das respectivas faturas de seguro emitidas pela Seguradora.

11.1.1. A periodicidade e a forma de pagamento dos Prêmios serão definidas contratualmente.

11.2. Quando a data limite para pagamento do Prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário, a quitação do Prêmio poderá ser efetuada no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

11.3. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

11.5. Em caso de atraso no pagamento do Prêmio, incidirão sobre este os seguintes encargos: multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso, juros de 1% (um por cento) ao mês e a atualização monetária pela variação positiva do índice do IPCA/IBGE (Índice de Preço ao Consumidor Amplo) ambos contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.

11.5.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item

será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

11.5.2. O pagamento do prêmio será feito à Seguradora por meio da rede bancária, débito em conta corrente ou outras formas admitidas em lei.

11.6. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do Prêmio, Independentemente do pagamento de parcelas subsequentes, o Estipulante será notificado para que regularize o(s) pagamento(s), no prazo máximo de 10 (dez) dias, sob pena de cancelamento da Apólice.

11.6.1. No período de mora no pagamento do Prêmio, não haverá suspensão das coberturas, sem prejuízo à cobrança dos Prêmios respectivos.

11.6.2. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela de Prêmio, o seguro será automaticamente cancelado, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s). Este prazo será definido no Contrato.

11.7. O seguro poderá prever a reabilitação da apólice a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o estipulante retomar o pagamento do prêmio, respondendo a sociedade seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

11.8. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, na forma estabelecida acima.

12. CANCELAMENTO DA APÓLICE

12.1. A Apólice poderá ser cancelada automaticamente e sem restituição dos prêmios pagos, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

- a) a qualquer tempo, por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, respeitado o aviso prévio de 60 (sessenta) dias. Tratando-se de contratação cujo Vínculo

entre Estipulante e Segurado seja exclusivamente securitário, não será aplicada a anuência de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo, sendo o tratamento diretamente com o Segurado;

- b) no final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;
- c) pelo atraso no pagamento do Prêmio conforme disposto no item 11.6 destas Condições Gerais;
- d) na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários ou, no caso de pessoas jurídicas, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

13. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

13.1. A cobertura de cada Segurado cessa:

13.1.1. Nas Apólices Coletivas com Vínculo prévio ao Seguro entre Estipulante e Segurado:

- a) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 11;
- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização;
- e) com a extinção do Vínculo entre o Segurado e o Estipulante, seja ou não este fato comunicado à Seguradora;
- f) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais.
- g) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

- a) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 11;
- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do

Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização;

e) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais;

f) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

4.1.1 Para o Segurado Dependente, quando incluído no seguro:

a) em qualquer das hipóteses previstas nos item 12.1 acima;

b) em caso de cessação da condição de Segurado Dependente, conforme estabelecem as respectivas coberturas Suplementares de Inclusão de Cônjuge e/ou Filho(s), seja ou não comunicado este fato à Seguradora e independentemente da cobrança do Prêmio.

14. CAPITAL SEGURADO GLOBAL

14.1. Capital Segurado Global é o valor total determinado na Proposta de Contratação pelo Estipulante, no início da vigência do seguro, para garantir os valores das Coberturas Contratadas para todo grupo segurado (sócios, acionistas, diretores, funcionários e estagiários), podendo sofrer alterações, a pedido do Estipulante, para atender as necessidades de Capital Segurado Individual.

14.2. O Capital Segurado Global de cada Cobertura e para cada categoria funcional contratada, caso seja indicada tal diferenciação, será estabelecido contratualmente.

15. CAPITAL SEGURADO

15.1. A modalidade padrão do Capital Global será uniforme, portanto, caso não haja especificação na Proposta de Contratação, será considerada esta Modalidade, a seguir o descritivo de cada modalidade.

15.2. Modalidade Uniforme:

15.2.1. O capital segurado individual será igual para todos os Segurados, sendo o resultado da divisão do Capital Segurado Global pelo número de segurados vinculados ao Estipulante,

devidamente comprovados, no mês anterior à ocorrência do evento (sinistro).

15.2.2. Caso a contratação do seguro garanta os estagiários, sócios e diretores que não constem no CAGED, será necessário encaminhar também a relação que compõe o grupo segurado acrescentando-os de acordo com o estabelecido contratualmente, através de documentos contábeis de retirada do mês anterior à ocorrência do evento, e aqueles constantes nos Contratos de Estágio (estagiários); no contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa (sócios e diretores) do mês anterior ao da ocorrência do sinistro, conforme o caso.

15.3. Modalidade Múltiplo salarial:

15.3.1. O capital segurado individual será determinado pelo fator calculado com base na representatividade do Segurado na folha de pagamento - SEFIP/FGTS - no mês anterior à ocorrência do evento (sinistro).

15.3.2. A contratação desta modalidade de capital segurado é restrita para funcionários.

15.4. Para fins de avaliação de necessidade de repactuação do valor do capital segurado global, o Estipulante deverá comunicar à Seguradora, por escrito, logo que saiba, qualquer redução da quantidade de Proponentes informada na Proposta de Contratação em variação percentual de 30% (30 por cento) em relação a quantidade informada na Proposta de Contratação.

15.4.1. Na hipótese de eventual descumprimento do dever de comunicação mencionado no item anterior, em caso de ocorrência de sinistro o capital segurado individual será apurado com base no número de segurados existente quando da última comunicação formal à Seguradora quanto à quantidade efetiva de componentes do grupo segurado ou, na sua falta, com base no número de segurados existente à época do início de vigência da Apólice.

16. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

16.1. O Capital Segurado Global, bem como o Prêmio deste Seguro, serão atualizados anualmente, no aniversário da apólice pela aplicação do percentual de variação positiva do

IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

16.1.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

16.2. Alternativamente ao critério de atualização mencionado no item 15.1 acima, poderá se estabelecer ainda, anualmente no aniversário da apólice, que o valor do Capital Segurado e dos Prêmios serão alterados segundo outro critério, tal como a variação do reajuste de salário ou proventos do Segurado, devendo este constar no contrato de seguro.

16.3. O Estipulante poderá solicitar aumento espontâneo de Capital Segurado Global, que dependerá da aceitação da Seguradora.

17. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO

17.1 O Prêmio deste seguro será calculado com base na idade média atuarial da Seguradora.

17.2. A Seguradora anualmente, no aniversário da apólice, deverá recalcular as taxas do seguro, caso a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, de forma que o volume de sinistros pagos e avisados seja superior ao prêmio líquido arrecadado no mesmo período.

17.3. As modificações previstas no item 16.1 acima, se implicar em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

18. BENEFICIÁRIO(S)

18.1 Cabe ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais.

18.1.1. Será considerada, em caso de Sinistro, a última indicação e/ou alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado e recebida pela Seguradora

antes do pagamento da Indenização. Caso a Seguradora não seja cientificada oportunamente da indicação e/ou alteração, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado na forma anterior.

18.2. A alteração só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação. Não será aceita designação ou substituição de Beneficiário(s) por meio de procuração.

18.3. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

19. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

19.1 Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado, por escrito, à Seguradora, pelo Estipulante, pelo Segurado, ou pelo(s) Beneficiário(s), logo que o saiba(m) apresentando os formulários específicos fornecidos pela Seguradora e a relação de documentos necessários para a regulação descritos em cada uma das respectivas Coberturas contratadas.

19.2 O Segurado, por ocasião do Sinistro, deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

20. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

20.1 Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultada à Seguradora a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos.

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

20.3 O pagamento de qualquer Indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, sob forma de parcela única, contados da data de entrega de **todos os**

documentos básicos, relacionados nas respectivas coberturas, observados os itens **20.6** e **20.6.1** destas Condições Gerais.

20.3.1 A relação de documentos necessários para a regulação de Sinistro, está prevista em cada uma das respectivas coberturas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.

20.4. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

20.5. Independentemente dos documentos listados nas coberturas contratadas, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.

20.6. A documentação listada nas respectivas coberturas não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários durante o processo de análise do Sinistro, para sua completa elucidação.

20.6.1.Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 20.3. acima será suspenso, voltando a contar a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

20.7. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, independentemente de notificação ou interpelação judicial, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do Sinistro até a data do efetivo pagamento, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora.

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

20.7.2. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios

far-se-à independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

20.7.3. Os encargos decorrentes de eventual tradução para a língua portuguesa dos documentos necessários ao recebimento da Indenização serão de responsabilidade total da Seguradora.

20.8. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

21. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

21.1. A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

21.2. No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionadas ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Disposições Contratuais, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

21.2.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

21.2.2. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do profissional nomeado pelo Segurado.

22. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

22.1 A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro se o Estipulante, Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio.

22.1.1. O Segurado perderá o direito a indenização se agravar intencionalmente o risco, conforme previsto no artigo 768 do Código Civil

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

22.2.1. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

22.2.2 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da Indenização:

- a) 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
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

22.3. O Segurado perderá o direito à Indenização para qualquer das coberturas contratadas, ainda, pelas seguintes razões:

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;

- b) dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a Indenização, ou ainda se o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) tentar(em) obter vantagem indevida com o Sinistro;
- c) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato.
- d) violação da legislação de combate à corrupção e à lavagem de dinheiro.

22.4 Obrigação de Comunicação - Sob pena de perder o direito à indenização, o segurado participará o sinistro à sociedade seguradora, tão logo tome conhecimento, e adotará as providências imediatas para minorar suas consequências.

22.5. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de Prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

23. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

23.1. O presente seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.

23.1.1 Qualquer modificação na Apólice vigente que implicar em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

24. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais, são, ainda, obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais (de acordo com as normas vigentes de Manutenção do Cadastro Pessoas Físicas e Pessoas Jurídicas bem como de aceitação do risco);

- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do Prêmio no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar o Prêmio à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos nas comunicações e materiais de comercialização e publicidade inerentes ao seguro;
- h) comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer Sinistro, ou expectativa de Sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de Sinistros;
- j) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

25.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante e/ou seu representante legal, dependerá de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas deste seguro.

26. CUMPRIMENTO DAS LEIS ANTICORRUPÇÃO

26.1. O Estipulante, seus diretores, conselheiros e colaboradores, bem como qualquer pessoa por cujos atos ou inadimplementos possam ser responsáveis, ou qualquer pessoa que atue em seu nome, não ofertará tampouco aceitarão pagamentos, tampouco ofertarão ou fornecerão qualquer coisa de valor a nenhuma pessoa

em violação das leis antissuborno aplicáveis com relação ao presente contrato de seguro ou de qualquer maneira que possa afetá-lo. O Estipulante reconhece que as leis anticorrupção internacionais, FCPA e a UK Bribery Act, inclusive a lei brasileira n.º 12.846/2013 e seu respectivo decreto n.º 8.420/2015, proíbem qualquer oferta direta ou indireta, pagamento ou recebimento de dinheiro ou Qualquer Coisa de Valor de/para qualquer pessoa (inclusive, sem limitação, qualquer Servidor Público, organização internacional, partido político, oficial de partido ou candidato a cargos políticos) para fins de obter, manter ou instruir negócios, garantir qualquer Vantagem Imprópria na condução de negócios ou aliciar a realização imprópria de qualquer função pública ou comercial. O Estipulante declara e garante que durante o cumprimento de suas obrigações segundo o presente contrato, ou de outro modo com relação ao presente Acordo, não ofertou tampouco realizou, e concorda que não ofertará tampouco fará nenhum pagamento proibido.

27. DA VIOLAÇÃO DE LEIS E NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS E COMERCIAIS

O objetivo da presente cláusula, respeitando-se todo o conteúdo deste Contrato, é estabelecer os procedimentos de prevenção e combate ao terrorismo, lavagem de dinheiro e outros ilícitos correlatos combatidos no Brasil e no exterior, tais procedimentos devem ser assumidos pelo Segurado e pela Seguradora, bem como, os critérios que serão utilizados para caracterização da perda de direitos ou 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 econômicas ou comerciais expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate a lavagem de dinheiro e 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.

A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro, se o Segurado e/ou seu representante legal praticar ato doloso de terrorismo, lavagem de dinheiro e outros ilícitos correlatos combatidos no Brasil e no exterior, desde que o referido ato doloso tenha nexos causal com o evento gerador do sinistro, caracterizando assim, a perda do segurado ao direito a indenização. O fato gerador para efeito de aplicação da cláusula de embargos e sanções deverá estar caracterizado no momento do sinistro para fins de perda de direito.

Ressalta-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 está 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 à 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 os 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 a aceitação do risco, o direito à cobertura contratada não fica prejudicado, não caracterizando perda de direitos ou risco excluído, 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 Segurado ou beneficiários, nos termos da Lei n. 13.810, de 8 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. TRIBUTOS

28.1. Todo e qualquer tributo será recolhido conforme legislação em vigor. Eventual(is) alteração(ões) será(ão) automaticamente aplicada(s) ao Prêmio.

29. PRESCRIÇÃO

29.1. Qualquer direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

30. FORO

30.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas ao presente seguro.

31. DISPOSIÇÕES FINAIS

31.1. A aceitação da proposta estará sujeita à análise do risco.

31.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

31.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

31.4. Este seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.

31.5. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, independentemente do tempo de relação contratual.



COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de morte do Segurado decorrente de causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta cobertura, prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do **item 5** das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. A cobertura compreendida por esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11 e 12 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

1.1.1. Para o Segurado:

- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;**
- b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) **com o falecimento do Segurado;**
- d) **com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. CARÊNCIA

9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

9.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia de todos exames realizados e os documentos médicos que atendia o Segurado regularmente, com indicação da especialidade e CRM;
- Na hipótese de beneficiário Pessoa Jurídica: Autorização de crédito em nome da Pessoa Jurídica (formulário padrão MetLife);
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do(s) Beneficiário(s);

- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

- Cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- Cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- Cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- Cópia do Balanço Patrimonial;
- Cópia do comprovante de endereço da empresa.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

10.2. Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:

- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

10.3. Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

10.4. Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:



COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de morte do Segurado em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. DEFINIÇÃO

2.1 **Acidente Pessoal:** para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do **item 5** das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1 A cobertura compreendida por esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11 e 12 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

1.1.1. Para o Segurado:

- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;**
- b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) **com o falecimento do Segurado;**
- d) **com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 **Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:**

- Formulário Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;

- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

9.2. Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:

- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

9.3. Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

9.3. Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- Cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- Cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- Cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- Cópia do Balanço Patrimonial;
- Cópia do comprovante de endereço da empresa.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta cobertura quando contratada conjuntamente com a cobertura de Morte, em caso de morte decorrente de acidente pessoal coberto, as coberturas de Morte e cobertura de Morte Acidental se acumulam.

10.2. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Invalidez Permanente por Acidente: para fins desta cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no item 7 desta cobertura, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item **3.1.2.** Aplicam-se os riscos excluídos do **item 5** das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- b) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O cálculo do capital segurado individual para esta cobertura será estabelecido contratualmente.

4.2. Para fins desta a cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado Individual efetuada posteriormente ao acidente.

4.3. A Indenização será paga aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau de invalidez previstas para referido órgão/membro na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente parcial ou total por Acidente e ainda aplicados sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente.

4.4. Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado.

4.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de Indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.

4.6. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

4.7. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, em quaisquer das coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, ocorrer a caracterização de outra cobertura de invalidez permanente por acidente e/ou a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, será deduzido, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado.

7. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100%
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100%
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100%
	Perda total do uso de ambas as mãos	100%
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100%
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100%
	Perda total do uso de ambos os pés	100%
	Alienação mental total e incurável	100%
	Nefrectômica bilateral	100%
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30%
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70%
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40%
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20%
	Mudez incurável	50%
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20%
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20%
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25%

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-Peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente ½, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
	- De 3 (três) centímetros	06
	- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	
	PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA	
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE o CAPITAL
DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	05%
	Em grau médio	10%
	Em grau máximo	20%
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25%
	Perda total do olfato	07%
	Perda do olfato com alterações gustativas	10%
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15%
	LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS	
	Unilateral	07%
	Unilateral com fistulas	15%
	Bilateral	14%
	Bilateral com fistulas	25%
	LESÕES DA PALPEBRA	
	Ectrópio unilateral	03%
	Ectrópio bilateral	06%
	Entrópio unilateral	07%
	Entrópio bilateral	14%
	Má oclusão palpebral unilateral	03%
	Má oclusão palpebral bilateral	06%
	Ptose palpebral unilateral	05%
	Ptose palpebral bilateral	10%
	APARELHO DA FONACÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50%
	Perda de substância (palato mole e duro)	15%
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	08%
	Amputação total das duas orelhas	16%

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	Perda do Baço	15%
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15%
	Cistostomia (definitiva)	30%
	Incontinência urinária permanente	30%
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	com função renal preservada	30%
	Redução da função renal (não dialítica)	50%
	Redução da função renal (dialítica)	75%
	Perda de rim único	75%
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	05%
	Perda de dois testículos	15%
	Amputação traumática do pênis	40%
	Perda de um ovário	05%
	Perda de dois ovários	15%
	Perda do útero antes da menopausa	30%
	Perda do útero depois da menopausa	10%
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15%
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15%
	Traqueostomia definitiva	40%
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10%
	RESSECÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE UM PULMÃO (PNEUMECTOMIA - PARCIAL OU TOTAL)	
	com função respiratória preservada	15%
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25%
	com redução em grau médio da função respiratória	50%
	com insuficiência respiratória	75%

INVALIDEZ PERMANENTE	DESCRIMINAÇÃO	SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10%
	Mastectomia bilateral	20%
	ABDOMEM (ORGÃO E VISCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20%
	Gastrectomia total	40%
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20%
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40%
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20%
	Colectomia total	40%
	Colestomia definitiva	40%
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30%
	Incontinência fecal com prolapso	50%
	Retenção anal	10%
	FIGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10%
	Lobectomia com insuficiência hepática	50%
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS		
Epilepsia pós-traumática	20%	
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20%	
Síndrome pós-concussional	05%	

d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

10. PRÊMIO

10.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

11 ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para o análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografia e resultados de exames realizados;
- Relatório médico informando a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

8.1. A cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere cessa ainda:

9.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o falecimento do Segurado;

- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Invalidez Permanente Total por Acidente: para fins desta cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total de algum membro ou órgão prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme item 7 desta cobertura, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

2.2.1. Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista na Tabela para Cálculo

de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura.

2.2.2. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

2.2.3. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item **3.1.2.** Aplicam-se os riscos excluídos do **item 5** das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;**
- b) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

4.3. Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura

4.4. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

4.5. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do

mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, em quaisquer das coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, ocorrer a caracterização de outra cobertura de invalidez permanente por acidente e/ou a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, será deduzido do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado.

7. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	SOBRE O CAPITAL
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100%
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100%
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100%
	Perda total do uso de ambas as mãos	100%
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100%
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100%
	Perda total do uso de ambos os pés	100%
	Alienação mental total e incurável	100%
	Nefrectomia bilateral	100%

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

8.1. A cobertura compreendida por esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

9.1.1. Para o Segurado:

- simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;
- a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- com o falecimento do Segurado;
- com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

10. PRÊMIO

10.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários; Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;

- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografia e resultados de exames realizados;
- Relatório médico informando a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL (IPD-F)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Funcional Total e Permanente, em consequência de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente

especificados no item Riscos Cobertos desta cobertura, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.1.1. O pagamento da Indenização relativa a esta cobertura extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio, exceto para as coberturas exclusivamente relacionadas a acidente, que poderão ser mantidas, desde que previsto contratualmente.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Agravo Mórbido:** piora de uma doença.
- 2.2. Alienação Mental:** distúrbio mental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), da realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para exercer as atividades da vida civil.
- 2.3. Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4. Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.
- 2.5. Auxílio:** a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. Ato Médico:** procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Regional de Medicina.
- 2.7. Cardiopatia Grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".
- 2.8. Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 2.9. Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.10. Consumpção:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. Dados Antropométricos:** no caso da cobertura de Invalidez por Doença - Funcional, o peso e a altura do Segurado.
- 2.12. Deambular:** ato de andar livremente.

- 2.13. Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.14. Deficiência Visual:** perda ou redução de capacidade visual em ambos os olhos em caráter definitivo, que não possa ser melhorada ou corrigida com uso de lentes, tratamento clínico ou cirúrgico.
- 2.15. Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.16. Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que traz alterações clínicas
- 2.17. Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.18. Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.19. Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.20. Doença Neoplásica Maligna Ativa:** crescimento celular desordenado, provocado por alterações no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 2.21. Doença Profissional:** aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 2.22. Estados Conexos:** representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.23. Etiologia:** causa de cada doença.
- 2.24. Fatores de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.25. Higiidez:** estado saudável.
- 2.26. Médico Assistente:** médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.27. Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.28. Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.29. Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.30. Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.31. Relações autonômicas:** entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar todas as suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas independente de qualquer ajuda.
- 2.32. Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.33. Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.34. Sequela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.35. Transferência Corporal:** capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1.** Considera-se como Risco Coberto, a perda da existência independente do Segurado, assim entendida como a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das Relações Autonômicas do Segurado.
- 3.1.1.** A caracterização de quadro clínico incapacitante será feita segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotado pela classe médica especializada de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes **única e exclusivamente de:**
- doenças cardiovasculares **crônicas** enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;

- d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição);
 - e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - g) deficiência visual:
 - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
 - ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
 - h) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
 - i) estados mórbidos, a seguir relacionados:
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 3.2.** Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (anexo), e que o Segurado atinja a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.2.1. O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

3.2.1.1. O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve 'situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

3.2.1.2. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

3.2.1.3. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

3.2.2. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

3.2.3. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item x das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) **eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;**
- b) **quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;**
- c) **doenças agravadas por traumatismos;**
- d) **invalidez que limite total ou parcialmente a capacidade laborativa do Segurado.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5.2. Reconhecida a Invalidez por Doença do tipo Funcional pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de parcela única.

5.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data indicada na Declaração Médica, como sendo a data a partir da qual a evolução do quadro de

saúde do Segurado passou a enquadrar-se na pontuação da Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos igual ou superior a 60 (sessenta) pontos, devidamente justificada e aceita, ou a data de constatação de um dos quadros previstos no item 3.1.1., desta cobertura. A data da invalidez por doença – funcional será determinada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

6.1. As despesas efetuadas para a caracterização da Invalidez por Doença Funcional são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagar a Indenização.

6.2. A concessão do benefício de aposentadoria por invalidez, ainda que por instituições oficiais de previdência social, ou por órgãos do poder público ou mesmo por outras instituições público-privadas, não caracterizam, por si só, o estado de invalidez permanente por doença funcional.

6.3. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e/ou de natureza profissional.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11 e 12 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;**
- b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) **com o falecimento do Segurado;**
- d) **com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

10. CARÊNCIA

10.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatórios médicos e resultados de exames complementares realizados, que comprovem satisfatoriamente a incapacidade do Segurado;
- Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) da(s) doença(s), com sua(s) data(s), tratamento(s) realizado(s), prescrição(ões) futura(s), se foram

esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso e a data da caracterização da invalidez como total e definitiva; Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados; cópia da Ficha de Registro de empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.

ANEXO À COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

DOCUMENTO 1- TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: o Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º GRAU: o Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: o Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: o Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º GRAU: o Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º GRAU: o Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20



COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS (VR)

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: o Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º GRAU: o Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º GRAU: o Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Estipulante o pagamento de uma Indenização, a título de reembolso das despesas com pagamento de verbas rescisórias, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, em consequência exclusiva de morte do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte ou Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à cobertura de Morte ou Morte Acidental.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. e na hipótese de contratação da cobertura de Verbas Rescisórias conjuntamente com a cobertura de Morte Acidental, além dos riscos expressamente excluídos informados no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

DOCUMENTO 2 - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há imc - índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

3.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado no caso de Morte natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Morte Acidental.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

4.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

5. CESSAÇÃO DE COBERTURA

5.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11 e 12 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

5.1.1. Para o Segurado:

- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;**
- b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) **com o falecimento do Segurado;**
- d) **com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

6. PRÊMIO

6.1. O Prêmio referente a esta cobertura será não contributivo, sendo este previsto contratualmente.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife)
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do contrato de trabalho e exame médico pré-admissional (quando houver);
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS POR ACIDENTE (VRA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Estipulante o pagamento de uma Indenização, a título de reembolso das despesas com pagamento de verbas rescisórias, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se

caracterizada a cobertura relativa à cobertura de Morte Acidental.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) a quaisquer valores referentes a débitos do empregado junto ao empregador, tais como, mas não se limitando a, empréstimos contraídos, quaisquer convênios (farmácias, academias, entre outros), associações com grêmios, aquisição de bens da empresa, mesmo que lançados nas verbas rescisórias como outros descontos.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

3.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do Acidente.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

4.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

5. CESSAÇÃO DE COBERTURA

5.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11 e 12 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

5.1.1. Para o Segurado:

- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;**
- b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) **com o falecimento do Segurado;**

d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

6. PRÊMIO

6.1. O Prêmio referente a esta cobertura será não contributivo, sendo este previsto contratualmente.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife)
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário

indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.

- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento cópia do contrato de trabalho e exame médico pré-admissional (quando houver);
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias
- pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.



COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS (DCF)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de diagnóstico de Doença Congênita incapacitante que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor de seu(s) filho(s), exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados **os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. **A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Doença Congênita:** as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por más formações anatômicas, presentes no nascimento, diagnosticadas e comprovadas como congênitas, por uma declaração de médico especialista, até o sexto mês do nascimento. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatado a doença para todos os filhos, o capital segurado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) doenças infectocontagiosas transmitidas de mãe para filho;
- b) complicações do parto ou aborto.

3.2. Não estão amparados de cobertura para esta cobertura os natimortos (fetos que morreram dentro do útero ou durante o parto).

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para determinação do Capital Segurado, a data de constatação do comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor do filho, atestado pelo médico assistente do mesmo, devendo ser caracterizada durante a vigência da apólice e comprovada por documentação médica pertinente e reconhecida pela Seguradora.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11 e 12 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

6.1.1. **Para o Segurado:**

- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;**
- b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) **com o falecimento do Segurado;**
- d) **com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. CARÊNCIA

9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

9.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia da Certidão de Nascimento do filho do Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico e resultados de exames complementares que comprovem o comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor do filho do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro; Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS (DD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de morte do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte ou Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à cobertura de Morte ou Morte Acidental.

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a: **acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;**

a) **doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do**

seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;

3.1.1. Na hipótese, da contratação da cobertura de Despesas Diversas conjuntamente com a cobertura de Morte Acidental, além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados acima e dos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado no caso de Morte natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Morte Acidental.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. CARÊNCIA

9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

9.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

9.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife),

devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;

- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do contrato de trabalho e exame médico pré-admissional (quando houver);
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE - (DDA)

1. OBJETIVO

1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à cobertura de Morte Acidental.

2. DEFINIÇÃO

3.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- b) **eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
- c) **eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:

- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;**
- b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) **com o falecimento do Segurado;**
- d) **com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do BO. (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do contrato de trabalho e exame médico pré-admissional (quando houver);
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior..

Condições Gerais que, em relação a esta cobertura , têm função subsidiária.



COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL - (AUXF)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura , desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de morte do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.2. **A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte ou Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à cobertura de Morte ou Morte Acidental.**
- 1.3. Será estabelecido contratualmente se a Indenização relativa à presente Cobertura será ou não deduzida do Capital Segurado da Cobertura de Morte ou da Cobertura de Morte Acidental na hipótese de Evento Coberto.
- 1.4. Também será estabelecido contratualmente se poderá ou não haver adiantamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura.
 - 1.4.1 Quando houver adiantamento de Capital Segurado da Cobertura de Morte, este adiantamento não caracterizará o direito à cobertura da Cobertura de Morte, ficando à análise para pagamento da diferença da indenização sujeita as condições contratuais.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas

2. DEFINIÇÃO

- 1.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do **item 5** das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado no caso de Morte natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Morte Acidental.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:

- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;**
- b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) **com o falecimento do Segurado;**
- d) **com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. CARÊNCIA

9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

9.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

9.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do contrato de trabalho e exame médico pré-admissional (quando houver);
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso
- (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência
- do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO. (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML. (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);

- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE (AUXFA)

1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.2.** A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à cobertura de Morte Acidental.
- 1.3.** Será estabelecido contratualmente se a Indenização relativa à presente Cobertura será ou não deduzida do Capital Segurado da Cobertura de Morte Acidental, na hipótese de Evento Coberto.
- 1.4.** Também será estabelecido contratualmente se poderá ou não haver adiantamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura.
 - 14.1.1** Quando houver adiantamento de Capital Segurado da Cobertura de Morte, este adiantamento não caracterizará o direito à cobertura da Cobertura de Morte, ficando à análise para pagamento da diferença da indenização sujeita as condições contratuais.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- b) **eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
- c) **eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:

- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;**

- b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) **com o falecimento do Segurado;**
- d) **com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- **Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);**
- **Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;**
- **cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);**
- **cópia do Certificado Individual do Seguro;**
- **cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;**
- **cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;**
- **cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;**
- **cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);**

- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do contrato de trabalho e exame médico pré-admissional (quando houver);
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do
- Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL - (AF)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. O eventual reembolso será efetuado diretamente ao responsável pelo pagamento das despesas com funeral, mediante comprovação por meio da apresentação de notas fiscais originais.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

2.1. As Disposições Contratuais estabelecerão os itens cobertos para a prestação dos serviços de Assistência Funeral, que serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços.

2.1. A opção pela prestação de serviços de Assistência Funeral faz cessar o direito a qualquer reembolso ou indenização de quaisquer despesas.

2.2. A rede de prestadores de serviço credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora.

2.3. O meio de traslado do corpo será decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

2.4. Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. **Neste caso, o responsável**

pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta cobertura, se a cobertura for devida.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item

3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do **item 5** das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) **Roupas em geral**
- b) **anúncio em rádio ou jornal;**
- c) **missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;**
- d) **xerox da documentação;**
- e) **café, bebidas e refeições em geral;**
- f) **compra de Jazigo;**
- g) **confeção de gaveta em túmulo de terceiro;**
- h) **lápides e/ou gravações;**
- i) **cruzes;**
- j) **reforma em geral no jazigo;**
- k) **exumação de corpo em jazigo da família;**
- l) **custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;**
- m) **necromaquiagem;**
- n) **as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, deduzindo esta despesa do padrão desta assistência;**
- o) **qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta cobertura, ou superiores ao Capital Segurado contratado.**

3.2. Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado no caso de Morte natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Morte Acidental.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:

- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;**
- b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) **com o falecimento do Segurado;**
- d) **com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. CARÊNCIA

9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

9.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

9.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Se a opção for pela prestação de serviços, os familiares deverão entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento 24 horas, no Brasil em chamada gratuita, ou no exterior em chamada a cobrar, conforme mencionado contratualmente, fornecendo todas as informações necessárias para a definição do serviço a ser prestado.

10.1. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas em Reais (R\$) com base no câmbio oficial de venda na data e em moeda do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites de Capitais Segurados estabelecidos contratualmente para esta cobertura .

10.2. O pagamento do Capital Segurado relativo à presente cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer outras coberturas eventualmente contratadas.

10.3. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;

- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do contrato de trabalho e exame médico pré-admissional (quando houver);
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR ACIDENTE - (AFA)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso exclusivamente de Morte Acidental do Segurado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.2. O eventual reembolso será efetuado diretamente ao responsável pelo pagamento das despesas com funeral, mediante comprovação por meio da apresentação de notas fiscais originais.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

- 2.1. As Disposições Contratuais estabelecerão os itens cobertos para a prestação dos serviços de Assistência Funeral, que serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços.
- 2.2. **A opção pela prestação de serviços de Assistência Funeral faz cessar o direito a qualquer reembolso ou indenização de quaisquer despesas.**
- 2.3. **A rede de prestadores de serviço credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora.**
- 2.4. O meio de traslado do corpo será decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.
- 2.5. Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. **Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta cobertura, se a cobertura for devida.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do **item 5** das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) **roupas em geral**
 - b) **anúncio em rádio ou jornal;**
 - c) **missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;**
 - d) **xerox da documentação;**
 - e) **café, bebidas e refeições em geral;**
 - f) **compra de Jazigo;**

- g) confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
- h) lápides e/ou gravações;
- i) cruzeiros;
- j) reforma em geral no jazigo;
- k) exumação de corpo em jazigo da família;
- l) custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
- m) necromaquiagem;
- n) as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, deduzindo esta despesa do padrão desta assistência;
- o) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta cobertura, ou superiores ao Capital Segurado contratado;

3.2. Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1.** O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2.** Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, a data da ocorrência do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10,11 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice, na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 Se a opção for pela prestação de serviços, os familiares deverão entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento 24 horas, no Brasil em chamada gratuita, ou no exterior em chamada a cobrar, conforme mencionado contratualmente, fornecendo todas as informações necessárias para a definição do serviço a ser prestado.

9.2. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas em Reais (R\$) com base no câmbio oficial de venda na data e em moeda do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites de Capitais Segurados estabelecidos contratualmente para esta cobertura .

9.3. O pagamento do Capital Segurado relativo à presente cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer outras coberturas eventualmente contratadas.

9.4. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18.,

deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do contrato de trabalho e exame médico pré-admissional (quando houver);
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;

- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE CESTA BÁSICA (CB)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) ou ao próprio Segurado o pagamento de Indenização, a título de auxílio-alimentação, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais, em uma das 3 (três) hipóteses indicadas abaixo, que deverá ser estabelecida contratualmente:**

- a) Em caso de falecimento, seja decorrente de causa natural ou acidental do Segurado;**
- b) Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado;**

- c) **Em caso em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado e de seu falecimento.**

1.2. Esta Cobertura somente será devida se caracterizada a Cobertura de Morte, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente, Diária de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença ou Reembolso à Empresa das Despesas com Afastamento Acidentário Laborativo, a depender das hipóteses estabelecidas contratualmente, de acordo com o item 1.1

1.3. As Disposições Contratuais preverão se o pagamento da Indenização será realizado por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético ou, ainda, em espécie.

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

3.1.1 **Na hipótese, da contratação da cobertura de Cesta Básica, conjuntamente com a cobertura de Morte Acidental e/ou da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados acima e dos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

- a) **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- b) **prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de**

prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- c) **eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
- d) **eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;**
- e) **eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;**
- f) **todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;**
- g) **perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.**

3.1. As alíneas “g” e “h” da presente cobertura, são riscos excluídos quando contratados conjuntamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente.

3.2. Na hipótese, da contratação da cobertura de Cesta Básica, conjuntamente com a cobertura de Morte ou Morte Acidental com a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, estão excluídos os eventos apresentados nos itens 3.1 e 3.1.1, com as considerações apresentadas no subitem 3.2.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado no caso de Morte natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. CARÊNCIA

9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

9.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

9.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

10.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for entrega de cestas de alimentos, estas serão entregues ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), de acordo com o valor referencial e periodicidade estabelecidos contratualmente.

10.1.1 O valor referencial abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.

10.2 A composição da cesta de alimentos poderá ser alterada em consequência da oferta de mercado e/ou oscilações de preço. Por este motivo, os itens poderão ser substituídos em quantidade ou marca e/ou excluídos para manter o limite referencial de valor.

10.2.1. As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

10.2.2. Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

11. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

11.1 Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização por intermédio de crédito em cartão magnético destinado para tal fim, a Seguradora ou prestador de serviços por ela autorizado fornecerá cartão magnético e senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

11.2 Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

12 DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE

12.2 Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização em espécie, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do contrato de trabalho e exame médico pré-admissional (quando houver);
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de

Concessionária;

- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

c) Invalidez Permanente Total por Acidente

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografia e resultados de exames realizados;

- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- cópia do contrato de trabalho e exame médico pré-admissional (quando houver);
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (nocaso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

d) Diária de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do afastamento, com especialidade e CRM, e pelo Segurado;
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

e) Reembolso à Empresa das Despesas com Afastamento Acidentário Laborativo

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
- cópias do RG (cédula de identidade) e CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do Segurado;
- cópia do registro da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1- Típico ou 3-Trajeto;
- Cópia dos documentos de comprovação de vínculo empregatício (Ficha de Registro de Empregado ou CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social ou GFIP/SEFIP página onde consta o nome do segurado e do totalizador de funcionários)
- Cópia do holerite do mês do afastamento
- Cópia da concessão do benefício de auxílio-doença por incapacidade do Segurado junto a Previdência Social - INSS;
- Declaração com carimbo e assinatura do contador da empresa constando os encargos trabalhistas vinculados ao colaborador no período do afastamento;
- Cópias de nota fiscal e/ou cupom fiscal, com a descrição das despesas oriundas com o afastamento do segurado, se houver.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1 Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA POR ACIDENTE - (CBA)

1. OBJETIVO

1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) ou ao próprio Segurado o pagamento de Indenização, a título de auxílio-alimentação, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais, em uma das 3 (três) hipóteses indicadas abaixo, que deverá ser estabelecida contratualmente:**

- a) **exclusivamente, em caso de Morte Acidental do Segurado;**
- b) **exclusivamente em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado;**
- c) **em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado e de sua Morte Acidental.;**

1.1.1. Esta cobertura poderá ser contratada considerando combinações entre os itens mencionados acima.

1.2. Esta cobertura somente será devida se caracterizada a Cobertura de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente, a depender das hipóteses estabelecidas contratualmente, de acordo com o item 1.1.

1.3. As Disposições Contratuais preverão se o pagamento da Indenização será realizado por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético ou, ainda, em espécie.

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Deverão ser observadas as definições de cada cobertura vincula a esta contratação, conforme disposto no item 1.2.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10,11 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:

- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;**
- b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) **com o falecimento do Segurado;**
- d) **com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

7. PRÊMIO

7.1.O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

9.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for entrega de cestas de alimentos, estas serão entregues ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), de acordo com o valor referencial e periodicidade estabelecidos contratualmente.

9.1.1. O valor referencial abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.

9.2. **A composição da cesta de alimentos poderá ser alterada em consequência da oferta de mercado e/ou oscilações de preço. Por este motivo, os itens poderão ser substituídos em quantidade ou marca e/ou excluídos para manter o limite referencial de valor.**

9.2.1. As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

9.2.2. **Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).**

10. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

10.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização por intermédio de crédito em cartão magnético destinado para tal fim, a Seguradora ou prestador de serviços por ela autorizado fornecerá cartão

magnético e senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

5.2. Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

11. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE

1.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização em espécie, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de Acidente

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do contrato de trabalho e exame médico pré-admissional (quando houver);
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Invalidez Permanente Total por Acidente

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);

- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografia e resultados de exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- cópia do contrato de trabalho e exame médico pré-admissional (quando houver);
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

c) Afastamento por acidente pessoal – Diária de Incapacidade Temporária por acidente

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do afastamento, com especialidade e CRM, e pelo Segurado;
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

d) Afastamento por acidente pessoal – Diária de Incapacidade Temporária por acidente

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
- cópias do RG (cédula de identidade) e CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do Segurado;
- cópia do registro da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1- Típico ou 3-Trajetos;
- Cópia dos documentos de comprovação de vínculo empregatício (Ficha de Registro de Empregado ou CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social ou GFIP/SEFIP página onde consta o nome do segurado e do totalizador de funcionários)
- Cópia do holerite do mês do afastamento
- Cópia da concessão do benefício de auxílio-doença por incapacidade do Segurado junto a Previdência Social - INSS;
- Declaração com carimbo e assinatura do contador da empresa constando os encargos trabalhistas vinculados ao colaborador no período do afastamento;
- Cópias de nota fiscal e/ou cupom fiscal, com a descrição das despesas oriundas com o afastamento do segurado, se houver.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1.** Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)

1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta cobertura Suplementar, desde que contratada, garante ao Segurado, uma Indenização em caso de falecimento do Cônjuge do Segurado, ou ainda na ocorrência de algum do(s) demais Evento(s) Coberto(s) previsto(s) na(s) cobertura (s) contratada(s) pelo Segurado em favor de seu Cônjuge, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura Suplementar, das Condições Gerais, da(s) cobertura (s) eventualmente contratada(s) e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.2.** Não poderá participar desta cobertura Suplementar, o cônjuge que faça parte do mesmo Grupo Segurado como Segurado, ainda que tenha pago o Prêmio, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.
- 1.3.** **Esta cobertura Suplementar somente poderá ser contratada, se for extensiva da(s) cobertura (s) contratada(s) para o Segurado, respeitadas as conjugações estabelecidas contratualmente.**

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. Cônjuge:** é a(o) esposa(o) do Segurado(a). A(o) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

3. COBERTURAS

- 3.1.** As coberturas que poderão ser contratadas para o Cônjuge serão estabelecidas contratualmente e obedecerão as mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nas respectivas

coberturas, eventualmente contratadas, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis exclusivamente ao Cônjuge.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura Suplementar de Cônjuge todos os riscos definidos como excluídos das coberturas contratadas, e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal, aplicáveis ao Segurado.

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1. Somente poderão participar do seguro os Cônjuges que obedecem às regras de aceitação definidas nesta cobertura, nas Condições Gerais, na(s) cobertura (s) contratada(s) e demais Disposições Contratuais.

6. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

6.1. A cobertura para Cônjuge poderá ser:

- a) **automática:** quando estarão cobertos automaticamente todos os Cônjuges dos respectivos Segurados, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.
- b) **facultativa:** quando serão incluídos os Cônjuges dos Segurados que se manifestarem para a adesão individual e, desde que aceitos previamente pela Seguradora.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1 O Capital Segurado para esta cobertura Suplementar será equivalente a um percentual do Capital Segurado estabelecido contratualmente para o Segurado, em cada uma da(s) respectivas cobertura (s) contratada(s).

7.2 O Capital Segurado e coberturas contratadas serão estabelecidas contratualmente, sendo que o Capital Segurado para o Cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para o Segurado, na(s) respectiva(s) cobertura (s) contratadas.

7.3 Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, as mesmas datas estabelecidas nas respectivas coberturas contratadas para o Segurado.

8. BENEFICIÁRIO(S)

8.1. Na hipótese da contratação de coberturas decorrentes do falecimento do Cônjuge, seja por causas naturais ou acidentais, a Indenização será paga ao Segurado. Em caso de coberturas que não estejam relacionadas à sua morte, a Indenização, quando cabível, será ao próprio cônjuge.

9. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

9.1. Início de vigência da Cobertura Suplementar

9.1.1. A(s) respectiva(s) cobertura(s) contratada(s) para o Cônjuge começa(m) a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada(s) após entrada em vigor da(s) cobertura(s) do Segurado.

9.2. Início de vigência dos riscos individuais

9.2.1 Desde que atendidas as premissas indicadas no item 9.1.1 acima, a cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar:

- a) na forma automática: a partir da caracterização da condição de Cônjuge de acordo com o item 2.1 acima.
- b) na forma facultativa: na data da inclusão do Cônjuge, desde que aceito previamente pela Seguradora.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10,11 e 20 das Condições Gerais, e no item “Cessação de Cobertura” de cada uma das coberturas contratadas para o Cônjuge, a(s) cobertura (s) do risco a que se refere(m) esta cobertura Suplementar cessa(m) simultaneamente com o cancelamento da Apólice Coletiva, das coberturas contratadas ou da presente cobertura Suplementar.

10.1.1. Cessação da cobertura individual

- a) com a cessação da condição de Cônjuge, seja ou não comunicado este fato à Seguradora e independentemente da cobrança de Prêmio;
- b) quando o Segurado solicitar a exclusão de seu Cônjuge, exclusivamente na hipótese de adesão facultativa;
- c) com o falecimento do Cônjuge, exclusivamente na hipótese de adesão facultativa.

- RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e Comprovante de Residência

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 15.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



11. PRÊMIO

11.1. O Prêmio referente a esta cobertura Suplementar estará previsto contratualmente.

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

12.1. O âmbito territorial de cobertura desta cobertura seguirá o disposto na(s) respectiva(s) cobertura (s) contratada(s) pelo Segurado.

13. CARÊNCIA

13.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

13.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

13.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

14. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

14.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18, deverão ser apresentados, além dos documentos básicos relacionados na(s) cobertura(s) eventualmente contratada(s), a comprovação da condição de Cônjuge, por meio de:

- Certidão de Casamento atualizada; ou
- Provas de união estável (no mínimo três);

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS - (IF)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura Suplementar, desde que contratada, garante ao Segurado, uma Indenização em caso de falecimento do(s) o(s) Filho(s) do Segurado, ou ainda na ocorrência de algum do(s) demais Evento(s) Coberto(s) previsto(s) na(s) cobertura (s) contratada(s) pelo Segurado em favor de seu(s) Filho(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura Suplementar, das Condições Gerais, da(s) cobertura(s) eventualmente contratada(s) e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.2. Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo Grupo Segurado, os Filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado para efeito desta cobertura Suplementar.
- 1.3. Esta cobertura Suplementar somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura Suplementar de Cônjuge e cobertura de Morte exceto se houver Disposição Contratual em contrário e se for extensiva da(s) cobertura (s) contratada(s) para o Segurado, respeitadas as conjugações estabelecidas contratualmente.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Filho(s): para efeito desta Cobertura Suplementar é(ão) o(s) filho(s), o(s) enteado(s) e o(s) menor(es) considerado(s) dependente(s) do Segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda - IRPF, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas que poderão ser contratadas para o(s) Filho(s) serão estabelecidas contratualmente e obedecerão as mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nas respectivas coberturas, eventualmente contratadas, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis exclusivamente ao(s) Filhos(s).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos desta cobertura Suplementar de Filho(s) todos os riscos definidos como excluídos das coberturas contratadas, e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal, aplicáveis ao Segurado.

5. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

5.1. A inclusão do(s) Filho(s) do Segurado será automática, de forma que estarão cobertos automaticamente todos os Filhos dos respectivos Segurados, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta cobertura Suplementar será equivalente a um percentual do Capital Segurado estabelecido contratualmente para o Segurado, em cada uma da(s) respectivas cobertura(s) contratada(s).

6.2. O Capital Segurado e coberturas contratadas, serão estabelecidas contratualmente, sendo que o Capital Segurado para o(s) Filho(s) não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para o Segurado, na(s) respectiva(s) cobertura(s) contratadas.

6.3. Para os Filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura Suplementar, independentemente do Capital Segurado, se limita ao reembolso das despesas com funeral e desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

6.4. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, as mesmas datas estabelecidas nas respectivas coberturas contratadas para o Segurado.

7. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

7.1. Na hipótese da contratação das coberturas decorrentes de falecimento do filho do segurado, seja por causas naturais ou acidentais, a Indenização será paga ao Segurado. Em caso de coberturas que não estejam relacionadas à sua morte, a Indenização, quando cabível, será ao(s) próprio(s) Filhos(s).

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

8.1. Início de vigência da cobertura Suplementar

8.1.1. A(s) respectiva(s) cobertura(s) contratadas para o(s) Filho(s) começa(m) a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada(s) após entrada em vigor da(s) cobertura(s) do Segurado.

8.2. Início de vigência dos riscos individuais

8.2.1. Desde que atendidas as premissas indicadas no item 8.1.1 acima, a cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar a partir da caracterização da condição de Filho(s) de acordo com o item 2.1 acima.

9. CESSAÇÃO DE DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais, e no item “Cessaçã de cobertura desta cobertura ” de cada uma das cobertura s contratadas para o(s) Filho(s), a(s)

cobertura (s) do risco a que se refere(m) esta cobertura Suplementar cessa(m) simultaneamente com o cancelamento da Apólice Coletiva, das coberturas contratadas ou da presente cobertura Suplementar e/ou da cobertura Suplementar de Cônjuge, observado o disposto no item 1.3 acima.

9.2. A cobertura individual cessa em caso de extinção da condição de Filho(s) definida no item 2.1 acima.

10. PRÊMIO

10.1 O Prêmio referente a esta cobertura Suplementar estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 O âmbito territorial de cobertura desta cobertura seguirá o disposto na(s) respectiva(s) cobertura (s) contratada(s) pelo Segurado.

12. CARÊNCIA

12.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

12.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

12.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18, deverão ser apresentados, além dos documentos básicos relacionados na(s) cobertura (s) eventualmente contratada(s), a comprovação da condição de Filho, por meio de:

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e Comprovante de Residência.

- No caso de enteado ou menor dependente, deve ser comprovada a referida condição.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL – (DT)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de diagnóstico de Doença em Estágio Terminal, a antecipação do Capital Segurado de Morte, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2 **O pagamento da Indenização relativa a esta Cobertura extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio, exceto para as Coberturas exclusivamente relacionadas a acidente, que poderão ser mantidas, desde que previsto contratualmente.**

2. DEFINIÇÃO

2.1 Entende-se por **Doença em Estágio Terminal**, aquela que atingiu estágio no qual não há qualquer alternativa terapêutica médica disponível e não há perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente sem perspectiva de sobrevivência, com expectativa de morte eminente conforme atestado pelo médico assistente do segurado e desde que reconhecido pela Seguradora.

2.2 Para fins desta cobertura, considera-se “**paciente em estágio terminal**” o portador de Doença em Estágio Terminal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- a) Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a: eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes**
- b) doenças agravadas por traumatismos;**
- c) Coma irreversível decorrente do uso de álcool e drogas;**
- d) Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no âmbito dos riscos cobertos**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da constatação médica do estágio terminal comprovando que o quadro clínico indica estado grave e de comprometimento irreversível, sem possibilidade de recuperação com os recursos médicos/terapêuticos disponíveis, atestado pelo médico assistente do segurado e reconhecido pela seguradora.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. CARÊNCIA

9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 2 (dois) anos ou metade do prazo de vigência do certificado, o que for menor.

9.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10. 1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;

- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- Declaração Médica expedida pelo médico que atendia regularmente o segurado registrando o diagnóstico, tratamento realizado e o quadro clínico, estabelecendo data a partir da qual a evolução da doença justifica o enquadramento em estado terminal
- Resultados de exames complementares realizados que comprovam o estágio terminal do quadro clínico e de comprometimento irreversível sem possibilidade de recuperação com os recursos terapêuticos disponíveis.
- Caso o segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado,

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Não será paga Indenização com base em diagnóstico ou declaração feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

11.2 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DITAD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de afastamento involuntário das suas atividades laborativas causado por doença ou Acidente Pessoal cobertos, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, **observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Afastamento Involuntário: Impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

2.3. Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver afastado de suas atividades laborativas por motivo de doença ou Acidente Pessoal, a contar do primeiro dia após o término do período de Franquia.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) gravidez,
- b) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
- d) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- e) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- f) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- g) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de Acidente Pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;

- h) doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;
- i) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- j) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

4.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5.2. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contados da data do último retorno as atividades laborativas.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o falecimento do Segurado;

7.2. com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. CARÊNCIA

9.1. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

9.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá carência.

10. FRANQUIA

10.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

11. LIMITE DE DIÁRIAS

11.1. O limite de diárias será estabelecido contratualmente, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

12.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1. No caso de ocorrência simultânea de mais de um Evento Coberto, as diárias do período coincidente aos afastamentos simultâneos não serão pagas duplicadas, não havendo acúmulo ou superposição de Indenizações.

13.2. O número de diárias a serem pagas será determinado pela Seguradora em função da necessidade comprovada de afastamento do Segurado de suas atividades laborativas, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela prática médica, análise da documentação médica e resultados de exames complementares para mesmas doenças ou lesões.

13.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Relatório médico, informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento; além de informar a data do acidente (se for o caso), as lesões/sequelas decorrentes do acidente ou doença, o período necessário para o tratamento e a data de confirmação de alta médica
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de afastamento involuntário das suas atividades laborativas causado exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver afastado de suas atividades laborativas por motivo de Acidente Pessoal, a contar do primeiro dia após o término do período de Franquia.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- b) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- c) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1. O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de Acidente Pessoal coberto.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5.2. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. A cobertura compreendida por esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11 e 12 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9; FRANQUIA

9.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, **respeitado o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos por evento**, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

10. LIMITE DE DIÁRIAS

10.1. O limite de diárias será estabelecido contratualmente, respeitado o máximo de 365 (trezentos

e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. No caso de ocorrência simultânea de mais de um Evento Coberto, as diárias do período coincidente aos afastamentos simultâneos não serão pagas duplicadas, não havendo acúmulo ou superposição de Indenizações.

12.2. O número de diárias a serem pagas será determinado pela Seguradora em função da necessidade comprovada de afastamento do Segurado de suas atividades laborativas, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela prática médica, análise da documentação médica e resultados de exames complementares para mesmas doenças ou lesões.

12.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Relatório médico informando a data do acidente, as lesões/sequelas decorrentes do acidente, o período necessário para o tratamento e a data de confirmação da alta médica;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE(DMHO)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o reembolso, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, incorridas a critério e sob orientação médica, necessárias ao restabelecimento do Segurado, realizadas em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas quando o Acidente Pessoal ocorrer dentro

do período de vigência do seguro contratado e desde que iniciadas nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do Acidente Pessoal.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) **Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;**
- b) **estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- c) **aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses, salvo as próteses pela perda de dente(s) natural(is) decorrente de Acidente Pessoal coberto;**
- d) **cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função, diretamente afetadas por Evento Coberto pelo seguro;**
- e) **reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos etc;**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

2.3. Além das hipóteses previstas nos itens 11 e 12 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;**
- b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) **com o falecimento do Segurado;**
- d) **com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. FRANQUIA

9.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do acidente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas em Reais (R\$) com base no câmbio oficial de venda na data e em moeda do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites de Capitais Segurados estabelecidos contratualmente para esta cobertura.

11.2. Possuindo o Segurado mais de um contrato de seguro, nesta ou em outra Seguradora e que garanta o reembolso de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual, em cada cobertura, à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada cobertura em todas as apólices em vigor na data da ocorrência do acidente.

11.3. A Seguradora poderá estabelecer acordos ou convênios com os prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológicos para que o Segurado possa ter acesso ao serviço médico sem a necessidade de desembolso do valor. Porém, a utilização ou não destes prestadores conveniados deve ficar a critério exclusivo do Segurado.

11.4. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife) devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- Cópia do Laudo da Perícia Técnica realizado no local do acidente, se houver;
- Radiografias e/ou resultados dos exames realizados;
- Notas fiscais e recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas. No caso de retenção das Notas Fiscais originais pela

Seguradora garantidora do seguro brigatório DPVAT, em caso de acidente automobilístico, serão aceitas cópias autenticadas das Notas Fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida seguradora, indicando quais as notas originais retidas, e informando o valor que será reembolsado a título de primeiro risco através do DPVAT;

- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED)..

DOCUMENTOS DO CONTRATANTE DAS DESPESAS (SE NÃO É O SEGURADO):

- Cópia do RG (se pessoa física);
- Cópia do CPF (se pessoa física);
- Cópia do Contrato Social (se pessoa jurídica, mesmo que seja o Estipulante);
- Cópia do Comprovante de Residência (se pessoa física);
- Autorização para Pagamento nominal ao contratante das despesas (formulário Padrão MetLife);

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG)

1. OBJETIVO

- 1.1** Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de diagnóstico(s) de doença(s) grave(s) prevista(s) nesta Cobertura, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.2.** Será estabelecido contratualmente se a Indenização relativa à presente Cobertura será ou não antecipada do Capital Segurado da Cobertura de Morte, na hipótese de Evento Coberto, quando a sua contratação for conjugada com a Cobertura de Morte.
- 1.3.** Esta Cobertura poderá ser contratada com cobertura apenas para o **1º (primeiro) diagnóstico ou para mais de um diagnóstico de Doenças Graves**, conforme estabelecido contratualmente

2. FRANQUIA

- 2.1** O período de franquia poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias, durante o qual o Segurado não fará jus a garantia desta Cobertura, na hipótese de ocorrência de seu falecimento em decorrência do mesmo diagnóstico da doença grave verificada, sem prejuízo do cumprimento do prazo de Carência. A contagem do período de até 90 (noventa) dias se iniciará na data do diagnóstico da doença grave.

3. DESCRIÇÃO DAS DOENÇAS GRAVES

3.1. As Disposições Contratuais deverão estabelecida (s) doença(s) grave(s) a seguir descritas estarão cobertas pelo presente seguro.

3.1.1. Câncer (neoplasia): é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O termo Câncer também inclui leucemia e doenças malignas do sistema linfático. O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista.

3.1.2. Infarto Agudo do Miocárdio: necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares. O diagnóstico será baseado nos seguintes critérios: história de dor precordial típica, alterações eletrocardiográficas específicas de isquemia e aumento das enzimas cardíacas.

3.1.3. Angioplastia Coronária: procedimento cirúrgico realizado para corrigir o estreitamento ou obstrução de uma ou mais artérias coronárias utilizando um cateter específico chamado balão de angioplastia. Será passível de cobertura exclusivamente a angioplastia coronária em artéria com estreitamento de pelo menos 50% (cinquenta por cento) do seu diâmetro interno.

3.1.4. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronária): cirurgia de coração realizada para corrigir o estreitamento ou obstrução de uma ou mais artérias coronárias.

3.1.5. Cirurgia de Válvula do Coração: cirurgia cardíaca convencional que visa recuperar ou substituir uma ou mais válvulas cardíacas, indicada por cirurgião cardíaco, respaldado por exames complementares apropriados.

3.1.6. Cirurgia da Aorta: cirurgia cardíaca convencional que visa corrigir qualquer doença da artéria aorta por excisão de uma parte doente desta artéria e substituição por enxerto. Estará coberta exclusivamente a cirurgia da artéria aorta em sua porção torácica e abdominal, excluindo-se todos seus ramos. A cirurgia deve ser indicada por cirurgião cardíaco, respaldado por exames complementares apropriados.

3.1.7. Derrame (Acidente Vascular Cerebral): isquemia cerebral (diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia intracraniana, que produz seqüela neurológica definitiva, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

3.1.8. Doença de Alzheimer: doença degenerativa do cérebro que produz a perda das habilidades de pensar, raciocinar e memorizar, que afeta as áreas da linguagem, que produz alterações no comportamento. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por

outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.

3.1.9. Doença (ou Mal) de Parkinson: doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários). A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.

3.1.10. Esclerose Múltipla: doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.

3.1.11. Coma: estado patológico caracterizado por perda da consciência e ausência de resposta aos estímulos externos auditivos, visuais, olfativos, tácteis etc. (estado não-despertável) persistindo continuamente com o uso de ventilação mecânica invasiva por um período mínimo de 96 (noventa e seis) horas e resultando em falha neurológica permanente.

3.1.12. Tumor Cerebral Benigno: é o tumor benigno no cérebro que provoca seqüelas neurológicas permanentes. A cobertura se restringe aos tumores cerebrais benignos acompanhados obrigatoriamente de hidrocefalia.

3.1.13. Danos Cerebrais Anatômicos: conjunto de distúrbios cerebrais envolvendo a perda das funções cerebrais, causado exclusivamente por acidente.

3.1.14. Distrofia Muscular: grupo de doenças genéticas, que se caracterizam por uma degeneração progressiva do tecido muscular levando à perda dos movimentos. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.

3.1.15. Doença do Neurônio Motor: doença caracterizada por defeito na unidade motora do neurônio que afete os músculos ou nervos provocando seqüelas neurológicas definitivas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista.

3.1.16. Paralisia de Membros: perda total e irreversível da função muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros, como resultado de acidente ou doença.

3.1.17. Perda de Membros: amputação de dois ou mais membros provocada por acidente ou doença. Será considerada coberta exclusivamente a amputação ocorrida acima do cotovelo ou punho para membros superiores e acima do joelho ou tornozelo para membros inferiores. Os níveis de amputação a serem cobertos (cotovelo ou punho e joelho ou tornozelo) deverão ser estabelecido contratualmente.

3.1.18. Enfisema Pulmonar: doença crônica caracterizada pela destruição parcial ou total do tecido pulmonar que se torna hiperinsuflado. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por pneumologista.

3.1.19. Insuficiência Renal Crônica: estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, diagnosticada por nefrologista, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

3.1.20. Cegueira: ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a sua melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus em seu melhor olho.

3.1.21. Surdez: perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos.

3.1.22. Perda da fala: perda total e irreversível da capacidade de falar decorrente de acidente ou doença.

3.1.23. Queimadura de terceiro grau: queimaduras de terceiro grau que atingem pelo menos 20% (vinte por cento) da superfície corporal.

3.1.24. Transplantes de Órgãos: é a transferência de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.

3.1.25. Câncer (Neoplasia) com metástase à distância: é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O termo Câncer também inclui leucemia e doenças malignas do sistema linfático. O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista. A cobertura de O Câncer (Neoplasia) com metástase à distância será decorrente da disseminação do câncer para outros órgãos;

3.1.26. Infarto Agudo do Miocárdio (Doenças Cardíacas) com insuficiência cardíaca – necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares. O diagnóstico será baseado nos seguintes critérios: história de dor precordial típica,

alterações eletrocardiográficas específicas de isquemia e aumento das enzimas cardíacas. A cobertura de Infarto Agudo do Miocárdio (Doenças Cardíacas) com insuficiência cardíaca será decorrente a insuficiência cardíaca Classe Funcional III ou IV da New York Heart Association (NYHA), apesar da terapêutica, com fração de ejeção de ventrículo esquerdo menor ou igual a 40% (fórmula de Teichholz).

3.1.27. Insuficiência Renal Crônica (Doenças Renais) com clearance de creatinina; estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, diagnosticada por nefrologista, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal. Procedimentos para regulação dos sinistros. A cobertura Insuficiência Renal Crônica (Doenças Renais) com clearance de creatinina será decorrente de clearance de creatinina menor que 15 ml/min, com terapia renal substitutiva (hemodiálise ou diálise peritoneal) permanente.

3.2. Todas as Doenças Graves deverão ser comprovadas por meio de resultados de exames complementares apropriados ao caso e aceitos pela comunidade médica científica, e demais documentos estabelecidos no item Pagamento da Indenização das Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Para Câncer (neoplasia): qualquer Câncer não invasivo (in situ), Doença de Hodgkin na fase I, todos o Câncer de pele com exceção do melanoma maligno invasivo (a partir da classificação Clark nível III), qualquer tumor em portadores de vírus da imunodeficiência humana, carcinoma micropapilar da bexiga e leucemia linfocítica crônica (classificação Rai menor que III);
- b) Para Infarto Agudo do Miocárdio: infartos do miocárdio anteriores a contratação do seguro, infarto que não produz elevação no segmento ST no Eletrocardiograma, bem como os infartos ocorridos dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação;
- c) Para Angioplastia Coronária: angioplastia de estreitamentos inferiores a 50% (cinquenta por cento) do diâmetro interno da artéria coronária;
- d) Para Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronária): angioplastia e/ou qualquer procedimento intra-arterial, tratamento a laser e/ou qualquer outro tratamento não cirúrgico, bem como cirurgias de

- revascularização decorrentes de lesões coronarianas preexistentes à contratação do seguro;
- e) Para Cirurgia de Válvula do Coração (cardíaca): quando não for necessária a substituição da válvula cardíaca que apresente alterações clínicas, bem como a cirurgia decorrente de lesão de válvula cardíaca com origem anterior à vigência da Apólice;
- f) Para Cirurgia da Aorta: quando não for realizado procedimento cirúrgico para implante de prótese ou clipagem de aneurisma na aorta, procedimentos em ramos da artéria aorta, bem como as cirurgias de aorta decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro;
- g) Para Derrame (Acidente Vascular Cerebral): ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, ainda que o derrame ocorra dentro do período de vigência da Apólice;
- h) Para Doença de Alzheimer: doença na fase inicial onde não existe comprometimento cognitivo (Clinical Dementia Rating <1);
- i) Para Doença (ou Mal) de Parkinson: Doença de Parkinson decorrentes do uso de álcool e/ou drogas;
- j) Para Esclerose Múltipla: doença na fase caracterizada por surtos de exacerbação-remissão;
- k) Para Coma: coma secundária ao uso de álcool ou drogas e coma induzido ainda que feito por indicação médica;
- l) Para Tumor Cerebral Benigno: tumores de glândula hipófise;
- m) Para Danos Cerebrais Anatômicos: todos os danos cerebrais causados por doenças orgânicas e psicossomáticas;
- n) Para Distrofia Muscular: doença na fase inicial sem perda funcional comprovada e doença não confirmada por exame histológico;
- o) Para Paralisia de Membros: qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;
- p) Para Enfisema Pulmonar: asma e/ou bronquite, quando não dependentes de oxigênio contínuo;
- q) Para Insuficiência Renal Crônica: insuficiência renal aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal;
- r) Para Transplantes de Órgãos: qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os cobertos citados no item 3.1.24.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da doença grave.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1 Somente na hipótese de contratação de cobertura para mais de um diagnóstico de Doenças Graves, o Capital Segurado relativo a esta Cobertura será reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto. A reintegração nestes casos será total e sem cobrança de Prêmio adicional, exceto quando decorrentes de um mesmo evento.

6.2 Serão consideradas como mesmo evento, as patologias recorrentes e suas consequências e/ou aquelas consideradas agravos clínicos da doença primária, salvo Disposições Contratuais em contrário.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

7.1.2. Para o Segurado:

- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;**
- b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) **com o falecimento do Segurado;**
- d) **com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9.2. Nos casos em que houver cobrança de prêmio adicional, para a Cobertura de Doença Graves/Antecipação, o prêmio do seguro deverá ser cobrado de acordo com o Capital Segurado remanescente, ou seja, sobre a diferença entre o capital Segurado total e o valor do Capital Segurado Antecipado.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

11. CARÊNCIA

11.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

11.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários; cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);

- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).

Documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada:

- Para Câncer (neoplasia): resultado do exame anátomo-patológico;
- Para Infarto Agudo do Miocárdio: resultado dos exames, Eletrocardiograma, Enzimas Cardíacas, Ecocardiograma, Cintilografia Cardíaca;
- Para Angioplastia Coronária: resultado do exame de angiografia com a Descrição do Procedimento de Angioplastia assinada pelo cardiologista responsável;
- Para Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronária): Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável;
- Para Cirurgia de Válvula do Coração: prontuário hospitalar e Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável e Resultado do Ecocardiograma;
- Para Cirurgia da Aorta: Prontuário Hospitalar e Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável;
- Para Derrame (Acidente Vascular Cerebral): resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio;
- Para Doença de Alzheimer: laudo médico de Neurologista e/ou Psiquiatra;
- Para Doença (ou Mal) de Parkinson: laudo médico de Neurologista;
- Para Esclerose Múltipla: laudo médico de neurologista e Resultado da Eletroneuromiografia de membros inferiores e superiores;
- Para Coma: laudo médico atestado por dois Neurologistas;
- Para Tumor Cerebral Benigno: resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio e exame Anatomo-patológico;
- Para Danos Cerebrais Anatômicos: resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio;
- Para Distrofia Muscular: laudo médico de Neurologista e resultado do exame Anátomo- patológico;
- Para Doença do Neurônio Motor: laudo médico atestado por dois Neurologistas e resultado de eletroneuromiografia dos quatros membros;
- Para Paralisia de Membros: resultado da Ressonância Nuclear Magnética da área Afetada e Eletroneuromiografia de membros inferiores;
- Para Perda de Membros: resultado de exame de raio-x do membro afetado;
- Para Enfisema Pulmonar: resultado da Prova de Função Pulmonar e Tomografia Computadorizada de Tórax;
- Para Insuficiência Renal Crônica: resultado dos exames da função renal;

- Para Cegueira: laudo médico de Oftalmologista e resultado de exames de acuidade visual e campimetria;
- Para Surdez: laudo médico de Otorrinolaringologista e resultado do exame de BERA;
- Para Perda da Fala: laudo médico de Otorrinolaringologista e resultado de exame de imagem de corda vocal;
- Para Queimadura de terceiro grau: laudo médico de Cirurgião Plástico;
- Para Transplante de Órgãos: prontuário Hospitalar com Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1 Não será paga Indenização com base em diagnóstico feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

13.2. Na hipótese em que Capital Segurado para esta Cobertura for antecipação do Capital Segurado para a Cobertura de Morte, não poderá ser contratada cobertura para mais de um diagnóstico de Doenças Graves.

13.3. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura , desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de internação, em caso de sua hospitalização causada por doença ou Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e

respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

- 1.3.** Nos casos em que, durante a internação hospitalar, o Segurado utilizar a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), a diária referente ao período de permanência nessa Unidade, será paga em dobro em relação ao valor fixado contratualmente para esta cobertura .
- 1.4.** Esta cobertura poderá ser contratada para cônjuge, filhos e enteados do Segurado Principal, de acordo com a opção de plano contratado.

2. DEFINIÇÕES

- 1.5. Acidente Pessoal:** para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 1.6. Hospital:** é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:
- a) qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
 - b) instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
 - c) clínicas de repouso, asilos e assemelhados e/ou locais de acomodação para idosos;
 - d) clínicas e/ou locais de tratamento para recuperação de viciados em álcool, drogas e/ou entorpecentes;
 - e) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
 - f) casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
 - g) clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou “SPAs”;
 - h) “Home care” (internação domiciliar).
- 1.7. Hospitalização:** é a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de

internação, caracterizada pela utilização de acomodação, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência.

- 1.8. Limite Máximo de Diárias Indenizáveis:** é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado por motivo de doença ou Acidente Pessoal coberto, a contar do término do período de Franquia.
- 1.9. Período de Hospitalização Indenizável:** é a quantidade de diárias indenizáveis correspondente ao número de pernoites que o Segurado permanecer hospitalizado. O Segurado terá direito a uma diária sem que tenha havido pernoite, exclusivamente se permanecer hospitalizado somente um dia, desde que a Hospitalização seja superior a 12 (doze) horas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item x das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
- a) gravidez tópica ou ectópica,
 - b) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e, bem como suas consequências;
 - c) cirurgia para correção de fimose;
 - d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
 - e) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
 - f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
 - g) cirurgias plásticas (estéticas ou não);
 - h) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
 - i) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;

- j) **diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;**
- k) **doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

- 4.1.1. O Capital Segurado corresponde a cada diária de hospitalização devendo o seu valor ser multiplicado pelo Período de Hospitalização Indenizável, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

4.2. **As indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a contar do término do período de Franquia e se estenderão até a alta, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.**

4.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia da Hospitalização.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada **Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.**

5.2. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

5.3. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1. O limite de diárias será estabelecido contratualmente, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. **Além das hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:**

8.1.1. **Para o Segurado:**

- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;**
- b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) **com o falecimento do Segurado;**
- d) **com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

11. CARÊNCIA

11.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

11.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

11.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

12. FRANQUIA

12.1 O período de Franquia é de 12 (doze) horas a contar do horário inicial de internação hospitalar.

13. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

13.1. O Período de Hospitalização Indenizável a ser pago será determinado pela Seguradora em função da necessidade comprovada de Hospitalização do Segurado, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela prática médica, análise da documentação médica e exames complementares para mesmas doenças ou lesões.

13.2. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) aos herdeiros legais.

13.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria e UTI;
- cópia do resultado de exames complementares realizados;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).

13.4 No caso de Segurado Dependente, além dos documentos exigidos acima, serão exigidos os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada do comprovante da condição de dependente, caso seja: a.1) cônjuge: cópia autenticada da certidão de casamento ;
- b) companheira(o): cópia autenticada da cédula de identidade, CPF, RG e comprovação de união estável por ocasião da ocorrência do sinistro;
- c) filhos: cópia autenticada da certidão de nascimento ou cédula de identidade, CPF e RG;
- d) enteados: cópia autenticada da cédula de identidade, CPF e RG . Comprovante de casamento atualizado dos pais, ou provas de união estável.

14. ALTERAÇÃO DO PLANO

14.1 O Segurado Principal poderá alterar o plano mediante solicitação dirigida ao Estipulante.

A ALTERAÇÃO DO PLANO ESTARÁ SUJEITA À APROVAÇÃO PRÉVIA A EXCLUSIVO CRITÉRIO DA SEGURADORA E VIGORARÁ A PARTIR DO PRIMEIRO PAGAMENTO MENSAL E SERÁ RATIFICADA POR MEIO DO ENVIO DO NOVO

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO AO SEGURADO.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de sua hospitalização causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. **As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.**

1.3. Nos casos em que, durante a internação hospitalar, o Segurado utilizar a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), a diária referente ao período de permanência nessa Unidade, será paga em dobro em relação ao valor fixado contratualmente para esta cobertura.

1.4. Esta cobertura poderá ser contratada pelo cônjuge, filhos e enteados do Segurado Principal, de acordo com a opção de plano contratado

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “DEFINIÇÕES” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. **Hospital:** é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

- a) **qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;**
- b) **instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;**
- c) **casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;**
- d) **“Home care” (internação domiciliar).**

2.3. **Hospitalização:** é a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência.

2.4. **Limite Máximo de Diárias Indenizáveis:** é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado por motivo de Acidente Pessoal, a contar do término do período de Franquia.

2.5. **Período de Hospitalização Indenizável:** é a quantidade de diárias indenizáveis correspondente ao número de pernoites que o Segurado permanecer hospitalizado. O Segurado terá direito a uma diária sem que tenha havido pernoite, exclusivamente se permanecer hospitalizado somente um dia, desde que a Hospitalização seja superior a 12 (doze) horas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item x das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

- a) **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**

- b) **eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
- c) **eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;**
- d) **tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;**
- e) **tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;**
- f) **tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;**
- g) **cirurgias plásticas (estéticas ou não);**
- h) **diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. O Capital Segurado corresponde a cada diária de hospitalização devendo o seu valor ser multiplicado pelo Período de Hospitalização Indenizável, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis

4.3. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a contar do término do período de Franquia e se estenderão até a alta, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

4.4. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia da Hospitalização.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada Indenização por Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5.2. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1. O limite de diárias será estabelecido contratualmente, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;**
- b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) **com o falecimento do Segurado;**
- d) **com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

10. FRANQUIA

10.1. O período de Franquia é de 12 (doze) horas a contar do horário inicial de internação hospitalar.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

12. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

12.1. O Período de Hospitalização Indenizável a ser pago será determinado pela Seguradora em função da necessidade comprovada de Hospitalização do Segurado, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela prática médica, análise da documentação médica e exames complementares para mesmas lesões.

12.2. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), conforme legislação em vigor.

12.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados.

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermagem e UTI;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Cópia do resultado de exames complementares realizados;

- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).

12.4. No caso de Segurado Dependente, além dos documentos exigidos acima, serão exigidos os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada do comprovante da condição de dependente, caso seja;
- b) cônjuge: RG / CPF e comprovante de residência e certidão de casamento atualizada;
- c) companheira(o): cópia autenticada da cédula de identidade, CPF e comprovação de união estável por ocasião da ocorrência do sinistro e Comprovante de residência;
- d) filhos: cópia autenticada da certidão de nascimento ou cédula de identidade e CPF;
- e) enteados: cópia autenticada da cédula de identidade, comprovante de casamento dos pais e CPF.

13 ALTERAÇÃO DO PLANO

13.1. O Segurado Principal poderá alterar o plano mediante solicitação dirigida ao Estipulante.

13.1.1 A ALTERAÇÃO DO PLANO ESTARÁ SUJEITA À APROVAÇÃO PRÉVIA A EXCLUSIVO CRITÉRIO DA SEGURADORA E VIGORARÁ A PARTIR DO PRIMEIRO PAGAMENTO E SERÁ RATIFICADA POR MEIO DO ENVIO DO NOVO CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO AO SEGURADO.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO (AUXM)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente a 1 (uma) diária adicional à cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH), em caso de sua hospitalização por período superior a 4 (quatro) diárias, causada por doença ou Acidente Pessoal cobertos, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada desde que contratada a cobertura de Diária de Internação Hospitalar (DIH) e somente será devida se reconhecida a Diária de Internação Hospitalar.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins desta cobertura prevalecem as disposições previstas no item “Definições” da cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) **gravidez tópica ou ectópica,**
- b) **procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e bem como suas consequências;**
- c) **cirurgia para correção de fimose;**
- d) **tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;**
- e) **tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;**
- f) **tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;**
- g) **cirurgias plásticas (estéticas ou não);**
- h) **tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;**
- i) **tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;**
- j) **diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;**
- k) **doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1. O Capital Segurado da diária adicional corresponde ao valor do Capital Segurado contratado para 01 (uma) diária da cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH).

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia da Hospitalização

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.1

7.1.1. Para o Segurado:

- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;**
- b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) **com o falecimento do Segurado;**
- d) **com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

10. CARÊNCIA

10.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

10.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

10.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

11. PAGAMENTO DO AUXÍLIO MEDICAMENTO

11.1. **Em caso de falecimento do Segurado durante o período de Hospitalização, a(s) diária(s) adicional(is) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), conforme legislação em vigor.**

11.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermagem e UTI;
- Cópia do resultado de exames complementares realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO POR ACIDENTE (AMA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente a 1 (uma) diária adicional à cobertura Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), em caso de sua hospitalização por período superior a 4 (quatro) diárias, causada

exclusivamente por Acidente Pessoal coberto por período superior ao estabelecido contratualmente, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada desde que contratada a cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) somente será devida se reconhecida a Diária de Internação Hospitalar por Acidente

2. DEFINIÇÕES

1.1. Para fins desta cobertura prevalecem as disposições previstas no item “Definições” da cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item x das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
- c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;**
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;**
- e) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;**
- f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;**
- g) cirurgias plásticas (estéticas ou não);**
- h) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de**

qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1. O Capital Segurado da diária adicional corresponde ao valor do Capital Segurado contratado para 01 (uma) diária da cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia da Hospitalização.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada Indenização por Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;**
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) com o falecimento do Segurado;**
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

10. PAGAMENTO DO AUXÍLIO MEDICAMENTO

10.1. Em caso de falecimento do Segurado durante o período de Hospitalização, a(s) diária(s) adicional(is) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s) conforme legislação em vigor.

10.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermagem e UTI;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);

- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Cópia do resultado de exames complementares realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do
- Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura , por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura , têm função subsidiária.



COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA - (ITT)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. ELEGIBILIDADE

- 2.1. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, Prestador de Serviços conforme definido no item 3.29 das Condições Gerais.
- 2.2. Após um evento de Incapacidade Física Total e Temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma cobertura , após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item x das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a: doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;

- a) **gravidez, parto ou aborto e suas consequências ;**
- b) **procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e**
- c) **, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;**

- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
- e) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- f) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- g) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- h) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- i) doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;
- j) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- k) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- l) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- m) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O cálculo do capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital segurado a data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 2.2. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

10. CARÊNCIA

10.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

- 10.2.** O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 10.3.** Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

11. FRANQUIA

11.1. É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de realizar toda e qualquer atividade laborativa.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado; Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- Exames médicos complementares realizados;
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.
- cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e
- Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;

- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, tem função subsidiária.



COBERTURA DE PAGAMENTO ANTECIPADO ESPECIAL EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL EM DECORRÊNCIA DE DOENÇA PROFISSIONAL (PAED)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, em caso de risco coberto, garante ao Segurado o pagamento de 100% (cem por cento), **de forma antecipada, do capital segurado básico da cobertura de Morte**, quando da caracterização de estado de Invalidez Definitiva por Consequência de Doença Profissional adquirida no ambiente profissional, mediante declaração médica, assinada pelo médico, ou junta médica, responsável pelo laudo, caracterizando a incapacidade decorrente de Doença Profissional, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. O pagamento da Indenização relativa a esta Cobertura exclui, imediata e automaticamente, o segurado da apólice.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Doença Profissional: Doença caracterizada como definitiva que tenha afetado o segurado exposto ao respectivo risco pela natureza da atividade ou condições ambientais profissionais.

2.2 Invalidez Definitiva por Consequência de Doença Profissional: será caracterizada por Doença Profissional que impeça o segurado de desempenhar definitivamente suas funções e pela qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e desde que a data de início de tratamento e/ou diagnóstico da Doença Profissional seja posterior a data de sua inclusão no seguro.

2.3 Não podem figurar como segurados, para esta Cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item **3.1.2**. Aplicam-se os riscos excluídos do **item 5** das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) **Casos de invalidez permanente total gerada por doenças adquiridas fora do período de atividade profissional;**
- b) **Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquicas causada por acidente pessoal;**
- c) **Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou semelhantes sendo como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da invalidez não se enquadre integralmente na caracterização de Doença Profissional.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O cálculo do capital Segurado será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta Cobertura considera-se como data do evento a data do laudo médico indicando o início da Invalidez.

4.3. Sendo reconhecida a invalidez pela Seguradora, esta pagará o valor da indenização de uma só vez ao próprio Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

6.1.2 Para o Segurado:

- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;**
- b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
- c) **com o falecimento do Segurado;**
- d) **com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. A Invalidez Permanente Total por Doença Profissional deve ser comprovada por relatório médico detalhado pelo médico-assistente do Segurado justificando seu estado

de invalidez, acompanhado dos laudos e resultados de exames clínicos e laboratoriais a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.



9.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, precede a avaliação do sinistro, mas não caracteriza, por si só, a Invalidez Permanente Total por Doença Profissional.

9.3 Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) da(s) doença(s) profissional, com sua(s) data(s), tratamento realizado, prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso e a data da caracterização da invalidez como total e definitiva;
- Exames comprobatórios do diagnóstico, para posterior devolução;
- Carta de Concessão de Auxílio Doença ou de Aposentadoria, expedidas pelo INSS, caso existam
- Cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Quando o vínculo for empregatício: Cópia da Ficha de Registro do empregado;
- Quando o vínculo for de prestação de serviços: Cópia do Contrato;
- Cópia dos 03 (três) últimos comprovantes de salário, quando o vínculo for empregatício;
- Cópia dos 03 (três) últimos demonstrativos de pagamentos ou nota fiscal, quando o vínculo for de prestação de serviços.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais e Contratuais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA AUXÍLIO NATALIDADE (AN)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, tem o objetivo de auxiliar nas despesas iniciais decorrentes do nascimento.

1.2. Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, a título de auxílio natalidade, em caso de filho(s) nascidos vivos **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.3. Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor estabelecido em contrato multiplicado pelo número de filhos nascidos vivos no mesmo parto.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Nascidos Vivos: quando o recém nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

2.2. Natimorto: É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Nascimentos fora da vigência do Seguro;
- b) Natimorto;
- c) Adoção.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do nascimento do filho do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.”

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado;
- cópia da Certidão de Nascimento;

- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA AUXÍLIO NATALIDADE REEMBOLSO (ANR)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, tem o objetivo de auxiliar nas despesas iniciais decorrentes do nascimento do(s) filho(s) do Segurado.

1.2. Garante ao Segurado o reembolso das despesas diretamente vinculadas ao nascimento do(s) filho(s) do Segurado, a título de auxílio natalidade, em caso de filho(s) nascidos vivos, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observado o limite contrato para esta cobertura e os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.3. Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor estabelecido em contrato multiplicado pelo número de filhos nascidos vivos no mesmo parto.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Despesas Vinculadas ao Nascimento: serão consideradas despesas vinculadas ao nascimento: fraldas, vacinas, exames, consultas pediátricas, medicamentos e suplementos alimentares. Todas as despesas deverão ser devidamente comprovadas conforme descrito no item 10 desta cobertura.

2.2. Nascidos Vivos: quando o recém nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: : batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

2.3. Natimorto: É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

3. RISCOS EXCLUIDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Nascimentos fora da vigência do Seguro;
- b) Natimorto;
- c) Adoção.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do nascimento do(s) filho(s) do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 10, 11 e 19 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado;
- cópia da Certidão de Nascimento;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Despesas com fraldas, vacinas e exames: nota fiscal original da compra e/ou serviço;
- Despesas com consultas médicas: nota fiscal ou recibo com a razão social da empresa ou o nome completo do profissional, seu CNPJ ou CPF, o endereço do estabelecimento, o serviço realizado, o nome completo do paciente e o valor;
- Despesas com medicamentos e despesas suplementares: cópia da prescrição médica juntamente com a nota fiscal, original, da compra do medicamento.
- cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes

nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE ASCENDENTE(S) - (IA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura Suplementar, desde que contratada, garante ao Segurado, **uma indenização em caso de falecimento do(s) Ascendente(s) do Segurado**, ou ainda na ocorrência de algum do(s) demais Evento(s) Coberto(s) previsto(s) na(s) cobertura (s) contratada(s) pelo Segurado em favor de seu(s) Ascendente(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura Suplementar, das Condições Gerais, da(s) cobertura (s) eventualmente contratada(s) e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. Não poderá participar desta cobertura Suplementar, o(s) Ascendente(s) que façam parte do mesmo Grupo Segurado como Segurado, ainda que tenha pago o Prêmio, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

1.3. **Esta cobertura Suplementar somente poderá ser contratada, se for extensiva da(s) cobertura (s) contratada(s) para o Segurado, respeitadas as conjugações estabelecidas contratualmente.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Ascendente:** para efeito deste seguro, considera-se como ascendente pai e mãe do Segurado(a).

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas que poderão ser contratadas para o(s) Ascendente(s) serão estabelecidas contratualmente e obedecerão as mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nas respectivas coberturas, eventualmente contratadas, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis exclusivamente ao(s) Ascendente(s).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura Suplementar de Ascendente todos os riscos definidos como excluídos das coberturas contratadas, e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal, aplicáveis ao Segurado.

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1. Somente poderão participar do seguro os Ascendentes que obedeçam às regras de aceitação definidas nesta cobertura, nas Condições Gerais, na(s) cobertura (s) contratada(s) e demais Disposições Contratuais.

6. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

6.1. A cobertura para Ascendente poderá ser:

a) **automática:** quando estarão cobertos automaticamente todos os Ascendentes dos respectivos Segurados, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.

b) **facultativa:** quando serão incluídos os Ascendentes dos Segurados que se manifestarem para a adesão individual e, desde que aceitos previamente pela Seguradora.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1 O Capital Segurado para esta cobertura Suplementar será equivalente a um percentual do Capital Segurado estabelecido contratualmente para o Segurado, em cada uma da(s) respectivas cobertura (s) contratada(s).

7.2 O Capital Segurado e coberturas contratadas serão estabelecidas contratualmente, sendo que o Capital Segurado para os Ascendentes não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para o Segurado, na(s) respectiva(s) cobertura (s) contratadas.

7.3 Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, as mesmas datas estabelecidas nas respectivas cobertura s contratadas para o Segurado.

8. BENEFICIÁRIO(S)

8.1. Na hipótese da contratação de coberturas decorrentes do falecimento do Ascendente, seja por causas naturais ou acidentais, a Indenização será paga ao Segurado. Em caso de coberturas que não estejam relacionadas à sua morte, a Indenização, quando cabível, será ao próprio ascendente.

9. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

9.1. Início de vigência da Cobertura Suplementar

9.1.1. A(s) respectiva(s) cobertura(s) contratada(s) para o(s) Ascendente(s) começa(m) a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado,

ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada(s) após entrada em vigor da(s) cobertura(s) do Segurado.

9.2. Início de vigência dos riscos individuais

9.2.1. Desde que atendidas as premissas indicadas no item 9.1.1 acima, a cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar:

a) na forma facultativa: na data da inclusão do Cônjuge, desde que aceito previamente pela Seguradora.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais, e no item “Cessação de Cobertura” de cada uma das coberturas contratadas para o Ascendente, a(s) cobertura(s) do risco a que se refere(m) esta cobertura Suplementar cessa(m) simultaneamente com o cancelamento da Apólice Coletiva, das coberturas contratadas ou da presente cobertura Suplementar.

10.1.1. Cessação da cobertura individual:

a) quando o Segurado solicitar a exclusão de seu(s) Ascendente(s), exclusivamente na hipótese de adesão facultativa;

b) com o falecimento do(s) Ascendente(s), exclusivamente na hipótese de adesão facultativa.

11. PRÊMIO

11.1. O Prêmio referente a esta cobertura Suplementar estará previsto contratualmente.

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

12.1. O âmbito territorial de cobertura desta cobertura seguirá o disposto na(s) respectiva(s) cobertura (s) contratada(s) pelo Segurado.

13. CARÊNCIA

13.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

13.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

14. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

14.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18, deverão ser apresentados, além dos documentos básicos relacionados na(s) cobertura(s) eventualmente contratada(s), a comprovação da condição de Ascendente, por meio de:

- **RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e Comprovante de Residência.**

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE AFASTAMENTO ACIDENTÁRIO LABORATIVO (AAL)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização, a título de apoio financeiro ao empregado e/ou ao empregador, em caso de afastamento acidentário laborativo do empregado que estiver em gozo do benefício de auxílio-doença acidentário concedido pelo órgão responsável, desde que o afastamento seja em consequência de acidente típico ou do trajeto, mediante registro no CAT (comunicação de acidente de trabalho), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. As indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia, limitado ao Capital Segurado Contratado e a distribuição deste Capital entre o empregado e empregador, quando aplicável.

1.3. **Caso ocorra o afastamento acidentário laborativo por agravamento do evento coberto já indenizado, não haverá cobertura.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Laborativo: é o acidente ocorrido no exercício da atividade profissional a serviço do Empregador e que provoque lesão corporal ou perturbação funcional que cause a perda ou redução (permanente ou temporária) da capacidade para o trabalho.

2.2. Acidente Típico: acidente que ocorre a serviço da Empresa.

2.3. Acidente do Trajeto: acidente que ocorre no percurso residência ou refeição para o local de trabalho e vice-versa.

2.4. Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): é um documento emitido para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou de trajeto bem como uma doença ocupacional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) eventos em que o período do afastamento acidentário laborativo do Segurado seja inferior a Franquia estabelecida no Contrato/Apólice e que não resultem em benefício de auxílio-doença acidentário da Previdência Social;

b) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;

c) os eventos ocorridos anteriores a vigência do seguro, bem como os ocorridos durante a sua vigência, que tenham provocado a necessidade de comunicação da reabertura do CAT ao INSS.

4. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

4.1. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e deverá constar na respectiva Apólice de Seguro e, quando aplicável, deverá constar também a distribuição do capital entre o empregado e empregador.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de acidente típico ou de trajeto coberto.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5.2. Não haverá reintegração de capital para casos de CAT reabertura, ou seja, quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento da lesão, acidentecominicado anteriormente ao INSS.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, Simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. FRANQUIA

7.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 30 (trinta) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica.

7.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18.,

deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade) e CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do Segurado;
-
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência) policial, se houver;
- cópia do registro da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1-Típico ou 3-Trajeto;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia do requerimento de auxílio-doença do Segurado protocolado pelo Estipulante, na forma estabelecida pelo INSS;
- Comprovante da consulta do Estipulante junto a Previdência Social da concessão do benefício de auxílio-doença por incapacidade do Segurado.
- cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- Cópia da relação do FGTS (GFIP ou SEFIP) do mês anterior a ocorrência do evento
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED).

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.