Condições Contratuais Vida Total Legado

Seguro de Pessoas Individual

Conheça seu seguro



Regras básicas do seu seguro

1. Características ---------- 12
2. Objetivo ---------- 12
3. Definições ---------- 12
4. Coberturas ---------- 16
5. Riscos Excluídos ---------- 17
6. Beneficiário(S) ---------- 17
7. Aceitação Da Proposta De Contratação ---------- 18
8. Informações Sobre Risco e Declarações para a formação do contrato ---------- 19



Conheça as regras das suas coberturas

9. Período De Vigência Do Seguro ---------- 19
10. Período De Carência E Período De Franquia ----- 19
11. Montante Disponível ---------- 20
12. Capital Segurado ---------- 22
13. Prêmio Do Seguro ---------- 24
14. Atualização Dos Valores Do Seguro ---------- 26



Como utilizar

15. Ocorrência Do Sinistro ---------- 27
16. Indenização E Reembolso ---------- 27
17. Perícia Médica / Junta Médica ---------- 27
18. Perda Do Direito A Indenização Ou Reembolso --30
19. Período De Não Contestação ---------- 30
20. Alterações Da Apólice ---------- 31



Regras básicas do seu seguro

21. Sub-Rogação ---------- 31
22. Tributos ---------- 31
23. Prescrição ---------- 31
24. Foro ---------- 31
25. Material De Divulgação ---------- 32
26. Cumprimento Das Leis Anticorrupção ---------- 32
27. Disposições Finais ---------- 33

1. CARACTERÍSTICAS ---- 12
2. OBJETIVO ---- 12
3. DEFINIÇÕES ---- 12
4. COBERTURAS ---- 16
5. RISCOS EXCLUÍDOS ---- 17
6. BENEFICIÁRIO(S) ---- 17
7. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO ---- 18
8. INFORMAÇÕES SOBRE RISCO E DECLARAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO CONTRATO ---- 19
9. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA ---- 19
10. PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO ---- 19
11. PERÍODO DE CARÊNCIA E FRANQUIA ---- 19
12. MONTANTE DISPONÍVEL ---- 20
13. CAPITAL SEGURADO E DESPESAS DE SALVAMENTO ---- 22
14. PRÊMIO DO SEGURO ---- 24
15. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO ---- 26
16. OCORRÊNCIA DO SINISTRO ---- 27
17. INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO ---- 27
18. PERÍCIA MÉDICA / JUNTA MÉDICA ---- 29
19. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO ---- 30
20. PERÍODO DE NÃO CONTESTAÇÃO ---- 31
21. ALTERAÇÕES DA APÓLICE ---- 31
22. SUB-ROGAÇÃO ---- 31
23. TRIBUTOS ---- 31
24. PRESCRIÇÃO ---- 31
25. FORO ---- 31
26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO ---- 32
27. CUMPRIMENTO DAS LEIS ANTICORRUPÇÃO ---- 32
28. DISPOSIÇÕES FINAIS ---- 33

Condição Especial – Cobertura Básica Morte ---- 34

1. **OBJETIVO** ---- 34
2. **DEFINIÇÃO** ---- 34
3. **RISCOS EXCLUÍDOS** ---- 34
4. **CAPITAL SEGURADO** ---- 35
5. **INÍCIO DE VIGÊNCIA** ---- 35
6. **CESSAÇÃO DE COBERTURA** ---- 35
7. **VALOR DO PRÊMIO** ---- 35
8. **DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO** ---- 36
9. **DISPOSIÇÕES GERAIS** ---- 38

Condição Especial – Cobertura Adicional Morte com Capital Segurado Decrescente a Cada Ano ---- 39

1. **OBJETIVO** ---- 39
2. **DEFINIÇÃO** ---- 39
3. **RISCOS EXCLUÍDOS** ---- 39
4. **CAPITAL SEGURADO** ---- 40
5. **INÍCIO DE VIGÊNCIA** ---- 40
6. **CESSAÇÃO DE COBERTURA** ---- 40
7. **VALOR DOS PRÊMIOS** ---- 41
8. **DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO** ---- 41
9. **DISPOSIÇÕES GERAIS** ---- 43
10. **TABELA DE DECRÉSCIMO DO CAPITAL SEGURADO** ---- 43

Condição Especial – Cobertura Adicional Morte Acidental (MA) ---- 45

1. **OBJETIVO** ---- 45
2. **DEFINIÇÃO** ---- 45
3. **RISCOS EXCLUÍDOS** ---- 45
4. **CAPITAL SEGURADO** ---- 46
5. **INÍCIO DE VIGÊNCIA** ---- 46
6. **CESSAÇÃO DA COBERTURA** ---- 46

7. VALOR DOS PRÊMIOS ---- 46

8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO ---- 46

9. DISPOSIÇÕES GERAIS ---- 47

Condição Especial – Cobertura Adicional Invalidez Permanente por Acidente (IPA) ---- 49

1. OBJETIVO ---- 49

2. DEFINIÇÃO ---- 49

3. RISCOS EXCLUÍDOS ---- 49

4. CAPITAL SEGURADO ---- 50

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO ---- 51

6. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE ---- 54

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA ---- 54

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA ---- 54

9. VALOR DOS PRÊMIOS ---- 54

10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO ---- 54

11. DISPOSIÇÕES GERAIS ---- 55

Condição Especial – Cobertura Adicional Invalidez Acidental Majorada ---- 56

1. OBJETIVO ---- 56

2. DEFINIÇÃO ---- 56

3. RISCOS EXCLUÍDOS ---- 56

4. CAPITAL SEGURADO ---- 58

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO ---- 58

6. TABELAS PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ MAJORADA POR ACIDENTE ---- 58

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA ---- 61

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA ---- 61

9. VALOR DOS PRÊMIOS ---- 61

10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO ---- 61

11. DISPOSIÇÕES GERAIS ---- 62

Condição Especial – Cobertura Adicional de Cirurgias ---- 63

1. **OBJETIVO** ---- 63
2. **DEFINIÇÃO** ---- 63
3. **RISCOS EXCLUÍDOS** ---- 63
4. **COBERTURAS** ---- 64
5. **PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA** ---- 71
6. **CAPITAL SEGURADO** ---- 71
7. **REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO** ---- 71
8. **INÍCIO DE VIGÊNCIA** ---- 71
9. **CESSAÇÃO DA COBERTURA** ---- 71
10. **VALOR DOS PRÊMIOS** ---- 72
11. **DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO** ---- 72
12. **DISPOSIÇÕES GERAIS** ---- 72

Condição Especial – Cobertura Adicional de Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos ---- 73

1. **OBJETIVO** ---- 73
2. **DEFINIÇÃO** ---- 73
3. **RISCOS EXCLUÍDOS** ---- 73
4. **COBERTURAS** ---- 74
5. **PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA** ---- 75
6. **CAPITAL SEGURADO** ---- 76
7. **INÍCIO DE VIGÊNCIA** ---- 76
8. **CESSAÇÃO DA COBERTURA** ---- 76
9. **VALOR DOS PRÊMIOS** ---- 76
10. **DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO** ---- 76
11. **DISPOSIÇÕES GERAIS** ---- 78

Condição Especial – Cobertura Adicional de Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium ---- 79

1. **OBJETIVO** ---- 79
2. **DEFINIÇÃO** ---- 79

3. RISCOS EXCLUÍDOS ---- 79
4. COBERTURAS ---- 80
5. PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA ---- 83
6. CAPITAL SEGURADO ---- 83
7. INÍCIO DE VIGÊNCIA ---- 83
8. CESSAÇÃO DA COBERTURA ---- 83
9. VALOR DOS PRÊMIOS ---- 84
10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO ---- 84
11. DISPOSIÇÕES GERAIS ---- 85
Condição Especial – Cobertura Adicional de Doenças Graves Mais Proteção ---- 86
1. OBJETIVO ---- 86
2. DEFINIÇÃO ---- 86
3. RISCOS EXCLUÍDOS ---- 86
4. COBERTURAS ---- 87
5. PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA ---- 92
6. CAPITAL SEGURADO ---- 92
7. INÍCIO DE VIGÊNCIA ---- 92
8. CESSAÇÃO DA COBERTURA ---- 93
9. VALOR DOS PRÊMIOS ---- 93
10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO ---- 93
11. DISPOSIÇÕES GERAIS ---- 94
Condição Especial – Cobertura Adicional Diária de Internação Hospitalar ---- 95
1. OBJETIVO ---- 95
2. DEFINIÇÃO ---- 95
3. RISCOS EXCLUÍDOS ---- 95
4. PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA ---- 97
5. CAPITAL SEGURADO ---- 97
6. INÍCIO DE VIGÊNCIA ---- 97

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA ---- 97

8. VALOR DOS PRÊMIOS ---- 98

9. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO ---- 98

10. DISPOSIÇÕES GERAIS ---- 98

Condição Especial – Doenças Incapacitantes Ampliada ---- 99

1. OBJETIVO ---- 99

2. DEFINIÇÃO ---- 99

3. RISCOS EXCLUÍDOS ---- 99

4. PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA ---- 100

5. CAPITAL SEGURADO ---- 100

6. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE DOENÇAS INCAPACITANTES AMPLIADA ---- 100

7. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA ---- 103

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA ---- 103

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA ---- 103

10. VALOR DOS PRÊMIOS ---- 103

11. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO ---- 103

12. DISPOSIÇÕES GERAIS ---- 105

Condição Especial – Doenças Incapacitantes ---- 106

1. OBJETIVO ---- 106

2. DEFINIÇÃO ---- 106

3. RISCOS EXCLUÍDOS ---- 106

4. PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA ---- 107

5. CAPITAL SEGURADO ---- 107

6. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE DOENÇAS INCAPACITANTES ---- 107

7. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA ---- 108

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA ---- 108

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA ---- 109

10. VALOR DOS PRÊMIOS ---- 109
11. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO ---- 109
12. DISPOSIÇÕES GERAIS ---- 110
Condição Especial - Temporária Morte ---- 111
1. OBJETIVO ---- 111
2. DEFINIÇÃO ---- 111
3. RISCOS EXCLUÍDOS ---- 111
4. CAPITAL SEGURADO ---- 112
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA ---- 112
6. CESSAÇÃO DE COBERTURA ---- 112
7. VALOR DOS PRÊMIOS ---- 113
8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO ---- 113
9. DISPOSIÇÕES GERAIS ---- 115
Condição Especial – Cobertura Adicional Funeral ---- 116
1. OBJETIVO ---- 116
2. CLÁUSULA SUPLEMENTAR ---- 117
3. DEFINIÇÃO ---- 117
4. RISCOS EXCLUÍDOS ---- 117
5. CAPITAL SEGURADO ---- 119
6. INÍCIO DE VIGÊNCIA ---- 119
7. CESSAÇÃO DA COBERTURA ---- 119
8. VALOR DOS PRÊMIOS ---- 120
9. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO ---- 120
10. DISPOSIÇÕES GERAIS ---- 1200
Condição Especial - Cobertura Adicional Invalidez Funcional Permanente Total por Doença ---- 121
1. OBJETIVO ---- 121
2. DEFINIÇÃO ---- 121
3. RISCOS COBERTOS ---- 122

4. RISCOS EXCLUÍDOS ---- 123
5. CAPITAL SEGURADO ---- 123
6. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ ---- 124
7. INÍCIO DE VIGÊNCIA ---- 124
8. CESSAÇÃO DE COBERTURA ---- 124
9. VALOR DOS PRÊMIOS ---- 124
10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO ---- 125
11. DISPOSIÇÕES GERAIS ---- 125
Condição Especial – Cobertura Adicional Fratura Óssea ---- 127
1. OBJETIVO ---- 127
2. DEFINIÇÃO ---- 127
3. RISCOS EXCLUÍDOS ---- 127
4. CAPITAL SEGURADO ---- 128
5. PERÍODO DE FRANQUIA E PERÍODO DE CARÊNCIA ---- 137
6. REINTEGRAÇÃO DE COBERTURA ---- 138
7. INÍCIO DE VIGÊNCIA ---- 138
8. CESSAÇÃO DE COBERTURA ---- 138
9. VALOR DO PRÊMIO ---- 138
10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO ---- 138
11. DISPOSIÇÕES GERAIS ---- 139
Condição Especial – Cobertura Adicional Amparo Funeral ---- 140
1. OBJETIVO ---- 140
2. CLÁUSULA SUPLEMENTAR ---- 141
3. DEFINIÇÃO ---- 141
4. RISCOS EXCLUÍDOS ---- 141
5. CAPITAL SEGURADO ---- 142
6. INÍCIO DE VIGÊNCIA ---- 143
7. CESSAÇÃO DA COBERTURA ---- 143

8. VALOR DOS PRÊMIOS ---- 144
9. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO ---- 144
10. DISPOSIÇÕES GERAIS ---- 144
Condição Especial – Cobertura Adicional Diária por Incapacidade Temporária (DIT) ---- 145
1. OBJETIVO ---- 145
2. DEFINIÇÃO ---- 145
3. RISCOS EXCLUÍDOS ---- 146
4. CARÊNCIA ---- 147
5. FRANQUIA ---- 147
6. LIMITE DE DIÁRIAS ---- 147
7. CAPITAL SEGURADO ---- 148
8. INDENIZAÇÃO ---- 148
9. INÍCIO DE VIGÊNCIA ---- 148
10. CESSAÇÃO DA COBERTURA ---- 148
11. VALOR DOS PRÊMIOS ---- 149
12. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO ---- 149
13. DISPOSIÇÕES GERAIS ---- 149

Condições Gerais do Seguro de Pessoas e Integridade Física

1. CARACTERÍSTICAS

1.1. A METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA S.A., doravante denominada Seguradora, institui o Plano de Seguro Individual – Vida Inteira, descrito nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais.

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), desde que respeitadas as Condições Gerais e Especiais deste documento.**

3. DEFINIÇÕES

3.1. **Acidente Pessoal:** o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, ou que torne necessário tratamento médico, do Segurado observando-se que:

a) incluem-se nessa definição:

- O suicídio, ou a sua tentativa após 2 anos de vigência da apólice, será equiparado, para fins de indenização, a Acidente Pessoal, observada legislação em vigor.
- Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto.
- Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores.
- Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros.
- Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se dessa definição:

- Quaisquer doenças, conforme apuradas nos termos dessa Apólice, mesmo as consideradas acidentes pela legislação trabalhista e previdenciária, quaisquer que sejam suas causas, ainda que agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto. As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo, desde que não decorram direta ou indiretamente de acidente de trabalho, causa laborativa ou situação relacionada ao trabalho.
- As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência social ou assemelhadas e que não se enquadrem integralmente na caracterização de Acidente Pessoal definido no subitem 3.1.

3.2. **Análise de Risco:** uma das etapas do processo de aceitação da Proposta de Contratação que consiste na avaliação da chance de ocorrência de um evento de acordo com as informações fornecidas pelo Proponente e na definição do perfil do Segurado.

3.3. **Aniversário da Apólice:** é o dia em que a Apólice completa um ou mais anos contados da data de Início de Vigência da Apólice.

3.4. **Apólice:** documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da Cobertura solicitada pelo Proponente.

3.5. **Artroscopia:** procedimento cirúrgico para investigar ou tratar o interior de uma articulação com possível anormalidade.

3.6. **Assistência 24 horas:** serviço prestado por empresa especializada disponível 24 horas por dia, previsto na Cobertura Funeral ao Solicitante, após a solicitação pelo telefone correspondente.

3.7. **Beneficiário:** pessoa física ou pessoa jurídica, indicada livremente pelo Segurado na Apólice, para receber a indenização na hipótese da ocorrência de evento coberto na forma prevista nestas Condições Gerais

3.8. **Benefício Prolongado:** interrupção definitiva do pagamento do Prêmio, mantendo-se, de forma

temporária, o direito à Cobertura Básica, no valor do Capital Segurado em vigor na data de solicitação da interrupção.

3.9. Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade Seguradora na ocorrência do Sinistro a ser efetuado ao Beneficiário.

3.10. Capital Segurado Líquido: valor do Capital Segurado menos quaisquer Prêmios devidos e não pagos, acrescidos de multa, juros e atualização monetária, quando aplicável.

3.11. Carregamento: parte do Prêmio destinada às despesas administrativas e de comercialização do plano.

3.12. Cirurgia coberta: procedimento invasivo, manual ou instrumental no corpo de uma pessoa, realizado em regime de internação hospitalar. Deve ser solicitado e conduzido por profissional de medicina em ambiente cirúrgico-hospitalar sob anestesia geral, regional ou local.

3.13. Clínica Especializada: estabelecimento legalmente autorizado a funcionar como tal, destinado à assistência ambulatorial que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro diplomados, possuindo serviço de enfermaria, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas.

3.14. Cobertura Básica: É a cobertura de Morte por Qualquer Causa que abrange os Riscos assumidos pela Seguradora durante a vigência do seguro, respeitadas as Condições Gerais e Especiais deste documento.

3.15. Cobertura Adicional: cobertura adicionada ao contrato, facultativamente, mediante cobrança de Prêmio adicional.

3.16. Comoriência: é a morte simultânea ou praticamente simultânea de duas ou mais pessoas do segurado e beneficiário(s), em circunstâncias que não permitem determinar quem faleceu primeiro.

3.17. Condições Contratuais: é o conjunto de condições que regem a contratação, incluindo as constantes na Proposta de Contratação, do contrato e da Apólice de Seguro.

3.18. Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de Cobertura que podem ser contratadas, dentro de um mesmo plano de seguro.

3.19. Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da sociedade Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários**.**

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

3.21. Cotação: são solicitações de informações acerca de coberturas e os preços praticados pela Seguradora. Não se confunde com a Proposta de seguro, não criando qualquer obrigação perante a Seguradora.

3.22. Despesas de Contratação: valores exclusivamente destinados a viabilizar a contratação do seguro, compreendendo, despesas administrativas, comissões e custos relativos à intermediação, bem como tributos diretamente incidentes sobre o prêmio.

3.23. Doenças e Lesões Preexistentes: estados mórbidos, doenças contraídas e lesões sofridas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, que acarretam a perda do direito à indenização.

3.24. Doença em Estágio Terminal: aquela que atingiu estágio no qual não há qualquer alternativa terapêutica médica disponível e é considerada irreversível, sendo o paciente considerado definitivamente sem perspectiva de sobrevivência, com expectativa de morte iminente, conforme atestado pelo médico assistente do Segurado e obrigatoriamente, reconhecido pela Seguradora.

3.25. Doença preexistente: é qualquer condição de saúde ou doença que uma pessoa tem conhecimento antes de contratar o Seguro. Isso inclui doenças crônicas, lesões ou condições que precisam de tratamento contínuo.

3.26. Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas Coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais, Cláusulas Adicionais ou no Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

3.27. Hospital/clínica: estabelecimento legalmente autorizado a funcionar como tal, e que dispõe de pelo menos 5 (cinco) leitos, para internação de pacientes, que garante um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e presença de médico 24 (vinte e quatro) horas, com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos e serviços de enfermagem durante 24 (vinte e quatro) horas, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas. No caso da cobertura

adicional de Cirurgias, o Segurado deve permanecer internado pós cirurgia, após o período mínimo de 48 (quarenta e oito) horas.

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

3.29. Início de Vigência: data a partir da qual, o Segurado se encontra coberto pela Seguradora, em caso de ocorrência de Evento Coberto, desde que respeitados os períodos de carência e franquia.

3.30. Interesse legítimo: vínculo econômico, patrimonial jurídico ou afetivo que justifique a contratação do seguro. A ausência ou impossibilidade de existência de interesse legítimo torna o contrato ineficaz ou nulo.

3.31. Internação Hospitalar: período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação em Hospital/Clínica Especializada, caracterizado pela necessidade de tratamento médico que não possa ser realizado em regime ambulatorial.

3.32. Intervenientes: são os responsáveis pela angariação, promoção, intermediação ou distribuição de produtos de seguros, tais como: corretores de seguros; representantes de seguros; correspondentes de micros seguros; e outros agentes que exerçam atividades similares.

3.33. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: lesões físicas causadas ao Segurado por Acidente Pessoal Coberto, onde não há alternativa terapêutica médica disponível na época que promova a recuperação ou reabilitação, e que gera a perda ou impotência definitiva de membros ou órgãos de acordo com as Condições Especiais da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente por Acidente.

3.34. Médico assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente a própria pessoa segurada, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

3.35. Montante Disponível: valor correspondente a um percentual do valor acumulado na Provisão Matemática de Benefícios a Conceder relativo às Coberturas do plano de seguro estruturadas no Regime Financeiro de Capitalização, referente a todos os meses vigentes com prêmios pagos. Este percentual está definido na Regra de Disponibilização de Resgate. O Valor de Resgate não corresponde à devolução dos Prêmios pagos.

3.36. Período de Carência: período corrido, determinado na Condição Especial de cada Cobertura contado a partir do início da Vigência do Seguro, na qual em caso de ocorrência de um Evento Coberto, não haverá pagamento por parte da Seguradora ao Beneficiário.

3.37. Período de Franquia: é o período em cada evento gerador, contado a partir da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há Cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as consequências do evento gerador.

3.38. Período de Vigência: período durante o qual, o Segurado se encontra coberto pela Seguradora, em caso de ocorrência de evento coberto.

3.39. Período de Tolerância: período de 45 (quarenta e cinco) dias ininterruptos, contados a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do primeiro Prêmio não pago, durante o qual o Segurado ainda estará resguardado, pela Seguradora, em caso de ocorrência de evento coberto.

3.40. Prêmio: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do plano.

3.41. Pretenso segurado: é a pessoa que manifesta interesse em contratar o seguro, mas ainda não possui vínculo contratual formal com a Seguradora.

3.42. Procedimentos ambulatoriais: aqueles realizados sem que haja regime de internação hospitalar.

3.43. Procedimento Cirúrgico: procedimento realizado para reparação de lesões, diagnóstico e cura de determinadas doenças e acidentes.

3.44. Procedimentos estéticos: procedimentos cirúrgicos ou não cirúrgicos com objetivo de melhorar a aparência física e a satisfação pessoal.

3.45. Procedimentos invasivos: aqueles que provocam o rompimento das barreiras naturais ou penetram em cavidades do organismo, abrindo uma porta ou acesso para o meio interno.

3.46. Procedimentos paliativos: aqueles realizados quando o tratamento curativo não está mais atuando e quando há ameaça à continuidade da vida. Visam aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida.

3.47. Procedimentos reparadores: aqueles que visam corrigir deformidades congênitas ou adquiridas ao longo dos anos. O objetivo é recuperar o máximo possível das funções do organismo. Recomendados para casos em que há algum tipo de comprometimento às estruturas físicas da pessoa, seja causado por doença ou acidente.

3.48. **Procedimentos não invasivos**: aqueles em que não há invasão do corpo e não comprometem a estrutura celular ou tecido cutâneo.

3.49. **Proponente:** Pessoa física que deseje contratar o Seguro para si ou em nome de terceiro sobre o qual detenha interesse legítimo, nos termos da lei.

3.50. **Proposta de Contratação:** documento que formaliza o interesse do Proponente em contratar uma Cobertura(s). A Proposta contém os itens essenciais ao conhecimento do interesse e do risco a ser garantido e à fixação do valor de Prêmio, em que o Proponente, pessoa física, formaliza a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

3.51. **Pro Rata Temporis**: expressão latina com significado de algo "proporcional ao tempo", ou seja, quando uma medição deve ser feita, considerando algum período. Usada quando se deve mensurar um valor em um período menor do que o contratual.

3.52. **Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBAC):** provisão atuarial constituída mensalmente para as Apólices em vigor, em função de eventuais mudanças de perfil do Segurado, do prazo e periodicidade de pagamento dos Prêmios e do Capital Segurado para fazer face aos compromissos da Seguradora com seus Segurados antes da Indenização.

3.53. **Questionário de Avaliação do Risco:** é o documento que engloba a Declaração Pessoal de Saúde e Atividade (DPSA), conjunto de questões sobre as características do segurado, do objeto segurado e do risco, produzido e submetido pela seguradora, o qual deve ser respondido pelo proponente para fins da avaliação e aceitação do risco e que é parte integrante da Proposta de Contratação.

3.54. **Responsável pelo Pagamento:** pessoa física ou jurídica que se obriga ao pagamento dos Prêmios.

3.55. **Risco:** eventos futuros e incertos, de natureza súbita e imprevista, que possam vir a acontecer, independentemente da vontade do Segurado.

3.56. **Riscos Cobertos:** evento previsto na cobertura contratada que, em caso de concretização comprovada, concede a indenização ao Beneficiário.

3.57. **Riscos Excluídos:** evento expressamente excluído da cobertura contratada que, em caso de concretização, o Beneficiário não tem direito a indenização.

3.58. **Regime Financeiro de Capitalização:** regime financeiro no qual há constituição da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder com base nos Prêmios pagos, capitalizados atuarialmente, após o desconto das despesas administrativas e da parcela do Prêmio destinada à cobertura de Risco a que o Segurado está exposto, podendo prever o direito ao Resgate.

3.59. **Regime Financeiro de Repartição:** regime financeiro no qual todos os Prêmios pagos pelos Segurados de um mesmo plano, em determinado período, destinam-se ao custeio das despesas de administração e das indenizações a serem pagas no próprio período. Dessa forma, as coberturas concedidas no Regime Financeiro de Repartição, não dão direito a Resgate ou devolução de quaisquer Prêmios pagos, e os Segurados ou Beneficiários só terão direito à indenização, em caso de Sinistro.

3.60. **Regra de Disponibilização de Resgate:** regra aplicada para o Resgate do Montante Disponível no momento da solicitação da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, relativo às Coberturas do plano de seguro estruturadas no Regime Financeiro de Capitalização

3.61. **Resgate:** direito dos Segurados e, quando tecnicamente possível, dos Beneficiários de retirar o Montante Disponível, na forma regulamentada. A cobertura básica de Morte deste produto não admite resgate.

3.62. **Segurado:** pessoa física sobre a qual será feita uma avaliação de Risco, para uma possível aprovação do seguro.

3.63. **Segurado Dependente:** Cônjuge do Segurado, que poderá ser incluído no seguro, de acordo com o disposto na Cláusula Suplementar.

3.64. **Seguradora**: é a Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros e que assume os riscos inerentes às Coberturas contratadas deste seguro, nos termos da legislação vigente e demais Disposições Contratuais.

3.65. **Sinistro:** é a ocorrência do evento coberto, durante o Período de Vigência do plano de seguro.

3.66. **Solicitante:** Pessoa Física que acionar o uso do serviço ofertado pela Assistência 24 horas para a Cobertura Funeral. No caso de solicitação de reembolso, será a Pessoa Física que comprovar que arcou com as despesas ocorridas com o funeral do Segurado ou do Segurado Dependente, após a comprovação delas, limitado ao Capital Segurado da Cobertura.

3.67. **Unidade de Terapia Intensiva (UTI**): área crítica dentro da estrutura hospitalar destinada à internação de pacientes graves, que requerem

atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. Os cuidados ministrados aos pacientes deverão compreender:

- Cuidados para estabilizar os sistemas fisiológicos principais para a manutenção da vida; e
- Cuidados que não possam ser executados em outras unidades do Hospital e só possíveis com as tecnologias próprias da UTI.

4. COBERTURAS

4.1. Este seguro é formado pela Cobertura Básica e coberturas adicionais. Sendo somente a Cobertura Básica de contratação obrigatória**.**

4.2. Em caso de contratação de coberturas adicionais ao Seguro, o Proponente deverá ser informado na Proposta de Contratação, qual(is) Cobertura(s) adicional(is) o segurado deseja adquirir.

4.3. Cobertura Básica:

4.3.1. Morte do Segurado:

4.3.1.1. Aos Beneficiários é garantido o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, em um único pagamento, em caso de morte do Segurado, **desde que não se trate de risco excluído.** Além disso, em caso de comprovação de Doença em Estágio Terminal, a Seguradora fará a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado desta Cobertura, ao Segurado, em um único pagamento, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, oXados os demais termos destas Condições Gerais, das Condições Especiais e da Apólice.**

4.3.1.2. A Cobertura de Morte é estruturada como benefício definido e no Regime Financeiro de Capitalização. Sendo assim, **haverá constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder. A existência de provisão/montante não representa devolução de prêmios nem resgate da Cobertura Básica, e sua utilização observará as regras específicas previstas na cláusula 'Montante Disponível',**

4.4. Coberturas Adicionais:

4.4.1. Poderão ser contratadas as Coberturas adicionais a seguir mencionadas, desde que obedecidas as configurações permitidas pela Seguradora e estabelecidas nestas Condições Gerais e na Apólice do Seguro:

a) Morte com Capital Segurado Decrescente a cada ano;
b) Morte Acidental;
c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
d) Invalidez Acidental Majorada;
e) Cirurgias;
f) Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos;
g) Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium;
h) Doenças Graves Mais Proteção;
i) Diária de Internação Hospitalar;
j) Doenças Incapacitantes Ampliada;
k) Doenças Incapacitantes;
l) Temporária de Morte;
m) Funeral;
n) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença
o) Fratura Óssea
p) Amparo Funeral
q) Diária por Incapacidade Temporária

4.5. As Coberturas adicionais de Morte com Capital Segurado Decrescente a cada ano, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Acidental Majorada, Cirurgias, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium, Doenças Graves Mais Proteção, Diária de Internação Hospitalar, Doenças Incapacitantes Ampliada e Doenças Incapacitantes, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Fratura Óssea, Amparo Funeral e Diária por Incapacidade Temporária **estão estruturadas sob o Regime Financeiro de Repartição. Sendo assim, não está prevista a devolução ou Resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.**

4.6 A Cobertura Adicional Temporária de Morte e a Cobertura de Funeral estão estruturadas sob o Regime Financeiro de Capitalização. Sendo assim está prevista a formação de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder e Montante Disponível, em caso de cancelamento. A formação de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder e Montante Disponível não implica na devolução dos prêmios pagos em caso de cancelamento ou redução de capital segurado.

4.7 As Coberturas contratadas constarão expressa e claramente na Apólice de Seguro.

4.8 As definições, normas e Riscos Excluídos, pertinentes às Coberturas previstas no item 9, estão dispostas nas respectivas Condições Especiais.

4.9 O cancelamento da Cobertura Básica acarretará o cancelamento da Apólice, não sendo permitida a manutenção apenas das Coberturas Adicionais.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de 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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões e Acidentes Preexistentes omitidos voluntariamente pelo Segurado no Questionário de Avaliação de Risco, 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 resposta ao Questionário de Avaliação de Risco.

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelos Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.

e) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

e.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

f.1.) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 5.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos.

g) Epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declarado por órgão competente.

6. BENEFICIÁRIO(S)

6.1. Cabe ao Segurado, por manifestação expressa de vontade, a qualquer tempo, antes da ocorrência do sinistro, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s).

6.1.1. Será considerada, em caso de Sinistro, a última indicação e/ou alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado e recebida pela Seguradora antes do sinistro. Caso a Seguradora não seja cientificada oportunamente da indicação e/ou alteração, exonerar-se-á pagando o Capital Segurado na forma anterior.

6.1.2. A substituição do Beneficiário não poderá ser efetuada se o Seguro tiver como Interesse Legítimo declarado a garantia de alguma obrigação, enquanto essa obrigação existir, ou sem que seja declarado novo Interesse Legítimo referente ao beneficiário que se pretende indicar.

6.2. A Seguradora efetuará o pagamento da Indenização referente ao evento coberto por este seguro, ao(s) Beneficiário(s) expressamente designado(s) pelo Segurado, desde que obedecida a legislação vigente sobre o assunto, bem como as observações deste item.

6.3. Considera-se ineficaz a indicação quando o Beneficiário falecer antes da ocorrência do sinistro e em caso de Comoriência. Nessas hipóteses, o Capital Segurado será pago metade ao cônjuge, se

houver, e o restante aos demais herdeiros do Segurado.

6.4. A Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado decorrente de Doença em Estágio Terminal será pago ao próprio Segurado, em uma única vez, conforme Condições Especiais da Cobertura Básica, da Cobertura Adicional Temporária de Morte e da Cobertura Adicional de Morte com Capital Segurado Decrescente a cada ano, quando contratada.

6.5. No caso de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, Invalidez Acidental Majorada, Cirurgias, Doenças Incapacitantes Ampliada, Doenças Incapacitantes, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e Fratura Óssea, será efetuado o pagamento, ao próprio Segurado, de um percentual do Capital Segurado Líquido de acordo com o grau da invalidez, doença ou fratura, conforme tabela apresentada nas Condições Especiais de cada cobertura.

6.6. No caso de Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos ou Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium ou Doenças Graves Mais Proteção, Diária de Internação Hospitalar e Diária por Incapacidade Temporária será efetuado o pagamento, ao próprio Segurado, do Capital Segurado Líquido, de acordo com as Condições Especiais da respectiva cobertura.

6.7. No caso de solicitação de reembolso relativo às despesas da Cobertura Adicional de Funeral ou Amparo Funeral, o Beneficiário será o Solicitante que comprovar as despesas ocorridas com o funeral do Segurado ou do Segurado Dependente, quando aplicável, limitado ao Capital Segurado da respectiva cobertura.

6.8. Não havendo indicação de Beneficiário(s), a Indenização será paga de acordo com o que estabelece a lei.

6.9. Caso o Segurado seja separado, judicialmente ou de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

6.10. Não prevalecerá a indicação de beneficiário nas hipóteses de revogação da doação por ingratidão, conforme previsto na legislação civil.

6.11. Não será aceita designação ou substituição de Beneficiário(s) por meio de procuração.

7.ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

7.1. Poderão contratar este Plano de Seguro os proponentes com idade mínima de 18 (dezoito) anos, e máxima de 70 (setenta) anos, **exceto para as Coberturas adicionais constantes nas respectivas Condições Especiais, as quais dispõem sobre a idade máxima para contratação e período máximo de vigência de cada Cobertura disponível para a contratação**

7.2. A aceitação da Proposta estará sujeita à Análise de Risco.

7.3. A celebração ou alteração do contrato de seguro será feita mediante Proposta de Contratação formalizada por qualquer meio idôneo, pelo Proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado. A Proposta terá os elementos essenciais para análise e aceitação do Risco. A Seguradora fornecerá ao Proponente, no recebimento da proposta, um número de protocolo para o início da análise de aceitação de Risco.

7.4. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitar ou recusar a contratação do seguro.

7.5. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será reiniciado a partir da entrega da documentação solicitada.

7.6. A Seguradora fará, obrigatoriamente, a comunicação formal ao Proponente com a devida justificativa, no caso de não aceitação da proposta. A ausência de manifestação da Seguradora, no prazo previsto no item 7.3, caracterizará a aceitação da proposta.

7.7. Em caso de recusa do Risco, em que tenha havido adiantamento de valor total ou parcial do prêmio para cobertura provisória, em caso de recusa, o valor do adiantamento será restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “Pro Rata Temporis”, correspondente ao período em que tiver vigorado a Cobertura. Neste caso, o Proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do Prêmio e a data da formalização da recusa.

7.8. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do Prêmio pela Seguradora tem por único objetivo a cobertura provisória e não deve ser interpretada como um ato da Seguradora inequívoco de aceitação do risco, devendo-se observar, na hipótese de recusa da referida proposta, o disposto no item anterior.

8. INFORMAÇÕES SOBRE RISCO E DECLARAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO CONTRATO

8.1. O contrato de seguro será nulo se, na data de sua celebração, a Seguradora, pretenso segurado, Proponente, Segurado ou Beneficiário souber que o risco é impossível ou já ocorreu. Se isso for comprovado, a parte que tinha conhecimento deverá pagar à outra parte o dobro do valor do prêmio, como penalidade.

8.2. O contrato de seguro só é válido se houver Interesse legítimo do Proponente, Segurado ou Beneficiário. Se o interesse surgir depois da contratação, o contrato passa a ser eficaz a partir desse momento. Se o interesse for parcial, a eficácia será proporcional. Se não houver interesse possível, o contrato de seguro será nulo.

8.3. Quando o seguro for feito sobre a vida ou integridade física de outra pessoa que não seja o Proponente, sob pena de nulidade do seguro, o Proponente ou Responsável Financeiro deve informar o motivo legítimo do seu interesse na preservação da vida do pretenso Segurado. Esse interesse é presumido se o Proponente ou Responsável Financeiro for cônjuge, companheiro, ascendente ou descendente do pretenso Segurado.

8.4. Os Intervenientes, Proponente, Pretenso Segurado, Segurado, Contratante e Responsável Financeiro devem fornecer, de forma completa e verdadeira, todas as informações solicitadas pela Seguradora no Questionário de Avaliação de Risco, essenciais para a aceitação da Proposta e definição do prêmio do seguro. Além disso, devem declarar tudo o que souberem ou deveriam saber sobre o interesse e o risco a serem garantidos, conforme as regras ordinárias de conhecimento e boa-fé.

8.5. A omissão ou falsidade dolosa nas informações implicará na perda do direito do Segurado e Beneficiário a Cobertura do seguro, sem prejuízo da cobrança do prêmio e do ressarcimento das Despesas de Contratação incorridas pela Seguradora.

8.6. A omissão ou erro culposo acarretará a redução proporcional da Cobertura, conforme a diferença entre o Prêmio pago e o que seria devido com base nas informações corretas.

8.7. Se as informações omitidas tornarem tecnicamente impossível a Cobertura ou se o Risco não for normalmente aceito pela Seguradora, o seguro será cancelado em relação ao segurado envolvido, mantendo-se a obrigação do segurado em ressarcir as Despesas de Contratação realizadas pela Seguradora.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

9.1. Este seguro abrange os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

10. PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO

10.1. A vigência da Cobertura Básica e da Cobertura Adicional de Funeral, quando contratada, é por toda a vida do Segurado, desde que a cobertura seja quitada, ou seja, todos os Prêmios sejam pagos dentro do prazo escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, na Proposta de Contratação.

10.1.1. Ainda que o Período de Vigência da Cobertura Básica e da Cobertura Adicional de Funeral sejam vitalícios, o Período de Vigência das demais Coberturas adicionais é determinado e será estabelecido na Proposta de Contratação, assim como na Apólice de seguro.

10.1.2. O Período de Vigência das coberturas adicionais observará o período de pagamento dos Prêmios das respectivas coberturas.

10.2. O início e o fim da Vigência das Coberturas de Risco contratadas estarão descritos na Apólice de Seguro considerando-se as 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida.

10.3. O Início de Vigência da Cobertura, cuja proposta tenha sido recebida pela Seguradora, sem pagamento de Prêmio, coincidirá com a data de aprovação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

10.4. Os contratos de seguro, cujas propostas tenham sido recebidas com adiantamento de valor, para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio, terão seu Início de Vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, observado o item 6.6.

11. PERÍODO DE CARÊNCIA E FRANQUIA

11.1. Para as Coberturas adicionais de Cirurgias, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium, Doenças Graves Mais Proteção, Diárias de Internação Hospitalar, Doenças Incapacitantes Ampliada e Doenças Incapacitantes Crônicas haverá carência e Período de Franquia conforme tabela a seguir:

Período de Carência e Período de Franquia		
Cobertura	**Período de carência**	**Período de Franquia**
Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos	90 (noventa) dias	Sobrevivência de 30 (trinta) dias, após data do evento.
Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium	90 (noventa) dias	Sobrevivência de 30 (trinta) dias, após data do evento.
Doenças Graves Mais Proteção	90 (noventa) dias	Sobrevivência de 30 (trinta) dias, após data do evento
Cirurgias	30 ou 365 (trinta ou trezentos e sessenta e cinco dias)	-
Diária de Internação Hospitalar	90 (noventa) dias	4 (quatro) dias corridos de internação, após data do evento.
Doenças Incapacitantes Ampliada	60 (sessenta) dias	Por doença, conforme definido nas condições especiais.
Doenças Incapacitantes	60 (sessenta) dias	Por doença, conforme definido nas condições especiais.
Diária por Incapacidade Temporária	**180 (cento e oitenta) ou 60 (sessenta) dias conforme Condição Especial**	Módulos 1 e 3: 10 (dez) dias Módulos 2 e 4: 15 (quinze) dias

11.2. Ocorrendo o sinistro no prazo de carência, caso o segurado torne-se inelegível à referida cobertura durante a vigência da apólice, a Seguradora poderá restituir ao Segurado ou Beneficiário(s) o valor do prêmio pago da cobertura, ou a reserva matemática, se houver.

11.3. Não haverá carência nos casos em que a Doença Coberta, Diária de Internação Hospitalar ou Diária por Incapacidade Temporária for proveniente de Acidente Pessoal do Segurado ocorrido após o início da vigência do seguro.

11.4. Haverá carência para utilização do Montante Disponível sob a forma de Resgate ou Benefício Prolongado conforme item 12.

12. MONTANTE DISPONÍVEL

12.1. Enquanto a Apólice estiver em vigor, será constituída, para as **coberturas Básica, a Temporária de morte e adicional de Funeral,** desde que contratadas, a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, com base nos parâmetros técnicos estabelecidos para este Plano de Seguro. **A formação de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder e Montante Disponível não implica na devolução dos prêmios pagos em caso de cancelamento ou redução de capital segurado.**

12.2. Com a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder que é formada ao longo da vigência do Seguro, a seguradora calcula o Montante Disponível, valor que fica à disposição do segurado caso seja exercido o Benefício Prolongado.

12.3. O valor do Montante Disponível é calculado aplicando-se a porcentagem da tabela a seguir ao valor da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder formado, de acordo com o Período de Vigência.

12.4. Para fins de referência de vigência será considerada a competência da última parcela paga.

Montante Disponível		
Período de Vigência prêmio pago (em meses)		
	VT 10	**VT 20**
1º ao 12º mês	0%	0%
13º ao 24º mês	0%	0%
25º ao 36° mês	8%	6%
37º ao 48º mês	19%	19%
49º ao 60º mês	29%	30%
61º ao 72º mês	48%	55%
73º ao 84º mês	52%	60%
85º ao 96º mês	55%	70%
97º ao 108º mês	58%	70%
109º ao 228º mês	100%	70%
A partir de 229º mês	100%	100%

12.5 O valor do Montante Disponível se iguala ao valor da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder a partir do mês 109.

12.6 O cliente pode, portanto, acessar os valores do seu seguro:

12.6.1 Através do sinistro, onde após o evento coberto a indenização será paga conforme definido no item 15; ou

12.6.2 Durante a vigência da apólice, o segurado poderá solicitar, a partir do **25º mês de vigência, para fins de referência de vigência será considerada a competência da última parcela paga,** a utilização do seu chamado Montante Disponível, sendo que em caso de utilização do Montante Disponível, vigente com a opção de Benefício Prolongado de acordo com as condições da opção.

12.7 A Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBAC) continuará sendo constituída normalmente durante o Período de Tolerância e Suspensão, em caso de inadimplência. No entanto, em caso de cancelamento do seguro por falta de pagamento e desde que decorridos mais de 24 meses de vigência do seguro, o Segurado será notificado para que, no prazo de 30 (trinta) dias manifeste-se se deseja transformar o Montante Disponível em Benefício Prolongado.

12.7.1 Decorridos os 30 dias da data da frustração da comunicação ou da data da comunicação sem que o segurado se manifeste, o Montante Disponível devido ao Segurado será aquele constituído na data de vencimento do primeiro Prêmio vencido e não pago. O saldo do Montante Disponível será usado para converter a apólice em Benefício Prolongado, conforme as regras definidas no item 12.8.

12.8 Benefício Prolongado

12.8.1 A partir do 25º mês de vigência, caso seja solicitado pelo Segurado ou em caso de inadimplência por período superior a 90 (noventa) dias, as coberturas de Morte, Temporária por Morte e Funeral, serão alteradas da configuração original para **Benefício Prolongado,** interrompendo o pagamento dos Prêmios a vencer**, para fins de referência de vigência será considerada a competência da última parcela paga.**

12.8.2 O Montante Disponível referente às coberturas estruturadas em regime de capitalização, disponível na data da solicitação (ou na data do último pagamento, em caso de inadimplência superior a 90 (noventa) dias), poderá ser utilizado para manutenção da Cobertura por meio do Benefício Prolongado. O resgate, quando aplicável, observará as regras específicas previstas no item 'Resgate'. Na hipótese de Benefício Prolongado, o Período de Vigência será reduzido em função do Montante Disponível, utilizado para quitação do Seguro. Neste caso, o Capital Segurado não será alterado, sendo mantidas as características de atualização monetária, com a redução da vigência inicialmente contratada, utilizando todo o saldo do Montante Disponível.

12.8.3 O valor do Montante Disponível, será utilizado para quitação do Seguro, deduzido o valor correspondente às parcelas não pagas, aplicando-se a devida atualização monetária e multa, conforme definida no item 15, quando cabível.

12.8.4 Neste caso, o Capital Segurado não será alterado, sendo mantidas as características de atualização monetária, com a redução da vigência inicialmente contratada, utilizando todo o saldo do Montante Disponível.

12.8.5 Após a mudança, a Seguradora emitirá um documento com as informações pertinentes à mudança para Seguro com Benefício Prolongado, e as demais Coberturas adicionais serão canceladas**.**

12.8.6 Após a mudança para Seguro com Benefício Prolongado, o Segurado perderá o direito à Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado em decorrência de Doença em Estágio Terminal.

12.9 Resgate

12.9.1 Através de formulário apropriado, o Segurado poderá solicitar, a partir do 25º mês de Vigência da Apólice, o Resgate do Montante Disponível para a cobertura Funeral. O Valor de Resgate líquido é igual ao Valor do Montante Disponível que será convertido e pago na conta de depósito, à vista ou poupança, ou conta de pagamento pré-paga, de titularidade do cliente, até o 5º dia útil subsequente ao protocolo da solicitação efetuada pelo segurado ou seu representante legal na Seguradora ou à data por ele programada para efetivação do resgate.

12.9.2 O Valor de Resgate Líquido ou Montante Disponível, quando solicitado, será atualizado monetariamente com base na variação apurada entre o último índice publicado (IPCA/IBGE) antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, calculada, na forma da lei, desde a data da última variação da respectiva provisão até a data do efetivo pagamento.

12.9.3 A Provisão Matemática de Benefícios a Conceder será disponibilizada também aos Beneficiários em caso de suicídio voluntário do Segurado, desde que ocorra até o 24º mês de vigência, conforme previsto na legislação vigente. Após este período, o suicídio voluntário deixa de ser um Risco Excluído e passa a ser coberto pela Cobertura Básica de morte.

12.9.4 Caso ocorra o sinistro no prazo de carência e a apólice seja cancelada, a Seguradora restituirá ao Segurado ou ao Beneficiário o valor do prêmio pago, ou o Montante Disponível da Reserva Matemática, se houver.

12.9.5 Para a Cobertura Funeral quando contratada a cláusula suplementar de inclusão do Cônjuge, o Valor de Resgate Líquido será disponibilizado ao Segurado ou, quando o Segurado titular vier a falecer anteriormente ao Segurado Dependente, aos seus herdeiros legais como consequência do encerramento da Apólice.

12.9.6 O Valor de Resgate Líquido ou Montante Disponível será pago com o respectivo imposto de renda descontado, nos termos da legislação vigente.

12.9.7 O pagamento do Resgate será efetuado em crédito em conta corrente, documento de ordem de crédito – DOC ou transferência eletrônica disponível – TED do próprio Segurado, até o quinto dia útil subsequente à data de protocolo do formulário de Resgate na Seguradora desde que a documentação esteja completa.

12.9.8 Caso o Valor de Resgate Líquido seja pago após o prazo descrito no item 12.9.7. ele **será acrescido de juro de 1% a.m. (um por cento ao mês), calculado em base *pro rata dia*, além da atualização monetária aplicada desde a data do vencimento até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).**

12.9.9 Tendo em vista que este plano prevê capitalização atuarial na Cobertura Básica, na Cobertura Adicional Temporária de Morte e na Cobertura Adicional de Funeral, na ocorrência de morte do Segurado, os saldos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder não são devidos ao(s) Beneficiário(s) **excetuando-se os casos resultantes do suicídio voluntário do Segurado ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do seguro.**

12.9.10 Não será realizada a cobrança de quaisquer despesas por ocasião do Resgate, salvo as relativas às tarifas bancárias necessárias a efetivação do Resgate.

12.9.11 As **demais coberturas adicionais não citadas no item 11, estão estruturadas sob o Regime Financeiro de Repartição. Sendo assim não está prevista a devolução ou Resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.**

13. CAPITAL SEGURADO E DESPESAS DE SALVAMENTO

13.1 Todos os valores deste Plano de Seguro serão expressos em moeda corrente nacional.

13.2 Os Capitais Segurados serão indenizados sob forma de pagamento único.

13.3 Os Capitais Segurados serão estabelecidos na Proposta de Contratação e na Apólice de Seguro, por Cobertura, conforme proposto pelo Segurado e dentro dos limites aceitos pela Seguradora.

13.4 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, as datas listadas por cobertura, conforme abaixo:

Regra de data do evento	
Cobertura	**Data do evento**
Morte	Data do falecimento
Antecipação de capital por doença terminal	Data do relatório médico que atesta a doença
Morte Acidental	Data do acidente
Funeral e Amparo Funeral	Data do falecimento
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	Data do acidente
Invalidez por Acidente Majorada	Data do acidente
Cirurgias	Data da cirurgia
Diária por Internação Hospitalar	Data da internação
Doenças Graves e procedimentos cirúrgicos	Data do diagnóstico da doença ou realização do procedimento médico
Doenças Graves e procedimentos cirúrgicos Premium	Data do diagnóstico da doença ou realização do procedimento médico
Doenças Graves Mais Proteção	Data do diagnóstico da doença ou realização do procedimento médico
Doenças Incapacitantes Ampliada	Data do Laudo Médico que atesta a doença
Doenças Incapacitantes	Data do Laudo Médico que atesta a doença
Temporária de Morte	Data do falecimento
Invalidez Permanente por Doença Funcional	Data do Laudo Médico que atesta a doença funcional.
Fratura Óssea	Data do acidente
Diária por Incapacidade Temporária	Data do Laudo Médico que atesta o afastamento da ocupação profissional remunerada

13.5 No caso de Invalidez Parcial por Acidente, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada Sinistro. Desta forma, o Capital Segurado não sofrerá redução para Sinistros futuros.

13.5.1. No caso de utilização das coberturas Básica de **Morte, Morte Acidental, Morte decrescente, Temporária de Morte, Invalidez Total por Acidente, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium, Doenças Graves Mais Proteção e Funeral, o Segurado terá a Cobertura, ou o módulo, quando este for a Cobertura Doenças Graves Mais Proteção, automaticamente cancelada após o**

pagamento da indenização, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

13.5.2. Se houver o pagamento de indenização por Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos, Doenças Graves Mais Proteção ou Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium, e verificar-se a Invalidez Permanente por Acidente do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos ou Doenças Graves Mais Proteção ou Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium será deduzida do Capital Segurado de Invalidez Permanente por Acidente**.** Esta dedução é limitada ao valor de capital da cobertura de Invalidez Permanente por Acidente.

13.5.3. Se após o pagamento da indenização por Invalidez Permanente por Acidente, for constatado que a Morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente será deduzida do Capital Segurado de Morte Acidental. Esta dedução é limitada ao valor de capital da cobertura de Morte Acidental.

13.6. Mudança de capital segurado

13.6.1. O Segurado poderá solicitar, **a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os Prêmios pagos em dia**, a alteração do Capital Segurado das coberturas contratadas, por meio de formulário apropriado, respeitando as regras de contratação, os valores mínimos e máximos de Capital Segurado e de Prêmio estabelecidos pela Seguradora. A alteração de capital de qualquer cobertura contratada, permitirá a revisão dos demais Capitais Segurados pela Seguradora, de forma que sejam respeitadas as regras de contratação e os valores mínimos e máximos de Capital Segurado e de Prêmio estabelecidos, pela Seguradora.

13.6.2. A alteração de capital, será válida a partir da data de aceitação, formalizada pela Seguradora, não podendo ter efeito retroativo.

13.6.3. Alteração de Capital das coberturas Morte com Capital Decrescente, Morte Acidental Invalidez por Acidente, Invalidez Acidental Majorada, Cirurgias, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium, Doenças Graves Mais Proteção, Doenças Incapacitantes Ampliada, Doenças Incapacitantes, Diária de Internação Hospitalar, Invalidez Funcional Permanente por Doença ,Fratura Óssea e Diária por Incapacidade Temporária se contratada, **em caso de pagamento de Prêmio em periodicidade anual, resultará em devolução do Prêmio, proporcional à redução do capital e ao período restante, até o próximo Aniversário da Apólice, contados a partir da data de alteração do Capital.**

13.6.4. A alteração do Capital da Cobertura Básica de morte, da Cobertura Adicional Temporária de Morte e das coberturas Funeral Individual e Funeral Cônjuge, **por seguirem o Regime Financeiro de Capitalização, permitirá Resgate da diferença na Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, proporcional à alteração, de acordo com o Montante Disponível proporcional. Este Resgate está sujeito às regras de disponibilização de Resgate do item 11.**

13.6.5. Tendo em vista a característica deste seguro, não há devolução de Prêmios, em caso de pagamento de Prêmio com periodicidade anual, para as coberturas de Morte, Temporária de Morte e Funeral Individual e Funeral Cônjuge.

13.6.6. Havendo suicídio voluntário do Segurado no prazo de 24 (vinte e quatro) meses contados da aceitação da Proposta de aumento de capital pela Seguradora, os Beneficiários não terão direito à quantia acrescida do capital segurado.

13.7. Despesas de Salvamento

13.7.1 A Seguradora reembolsará as despesas comprovadamente incorridas pelo Segurado ou por Terceiros, com medidas necessárias, emergenciais e imediatas de contenção ou de salvamento, que tenham o objetivo de evitar o sinistro iminente ou atenuar os efeitos de um Sinistro coberto.

13.7.2 A obrigação de indenizar tais despesas subsistirá mesmo que as medidas de contenção ou salvamento adotadas, desde que adequadas e proporcionais, se mostrem ineficazes para evitar ou atenuar o sinistro.

13.7.3 Serão reembolsáveis os valores comprovadamente despendidos, limitados a 1 % (um por cento), limitado a R$ 10.000 (dez mil reais) do valor total dos limites máximos de indenização das coberturas apuradamente aplicáveis no momento da comunicação da expectativa de sinistro à seguradora até a concretização do sinistro ou do término de sua iminência.

13.7.4 Os reembolsos de despesas de salvamento somam-se a todos os reembolsos anteriormente realizados no âmbito dessa apólice para fins de cálculo e utilização do limite máximo para reembolsos estabelecido na Apólice. Assim, a realização de um reembolso resulta na manutenção, como novo limite para reembolsos, do saldo do limite não utilizado.

13.7.5 Excedido o limite estabelecido na apólice, a Seguradora não arcará com quaisquer valores excedentes referentes às despesas de contenção e salvamento.

13.7.6. A Seguradora somente suportará despesas incorridas pelo Segurado, ou por Terceiros, que venham a exceder o limite disposto nesse

capítulo quando essas despesas se referirem diretamente a medidas expressamente recomendadas ao Segurado pela Seguradora e comprovadamente cumpridas pelo Segurado ou Terceiro.

13.7.7. Considera-se medidas expressamente recomendadas pela Seguradora aquelas que tenham sido direta e expressamente informadas ao Segurado sob tal título pela Seguradora, não se reconhecendo como medidas recomendadas qualquer informação, notícia ou mesmo sugestão de possibilidades.

14. PRÊMIO DO SEGURO

14.1 Pagamento dos Prêmios

14.1.1 Os Prêmios deste seguro são custeados totalmente pelo Responsável do Pagamento.

14.1.2 O prazo para o pagamento dos Prêmios, estará disponível para a escolha do Responsável pelo Pagamento e será informado na Proposta de Contratação e na Apólice.

14.1.3 A data de vencimento dos Prêmios e a periodicidade de pagamento serão estabelecidas pelo Proponente na Proposta de Contratação, com **exceção do 1º (primeiro) Prêmio, que dependerá da data da aceitação da Proposta. Quando a data de vencimento coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do Prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil seguinte.**

§1º Os Prêmios poderão ser pagos de forma anual ou mensal, sendo que esta periodicidade irá constar na Proposta de Contratação.

14.1.4 O pagamento dos Prêmios poderá ser efetuado através de débito em conta corrente, por meio de cartão de crédito ou outras formas admitidas pela Seguradora.

14.1.5 É vedado o recebimento do Prêmio antes da formalização do seguro, salvo no caso de cobertura provisória.

14.2 Pagamento por meio de débito automático em conta corrente.

14.2.1 Se não houver manifestação do Responsável pelo Pagamento em até 30 (trinta) dias antes do dia do débito, a Seguradora não aceitará o cancelamento dele. Ocorrendo a insuficiência de fundos nos respectivos vencimentos, na conta corrente bancária indicada pelo Responsável pelo Pagamento, ficará caracterizado o não pagamento do Prêmio. O Responsável pelo Pagamento poderá autorizar a Seguradora a reemitir, na conta corrente do Responsável pelo Pagamento, o débito vencido e não pago.

14.3Pagamento por meio de cartão de crédito.

14.3.1 Se houver a não autorização da administradora, o cancelamento ou a troca do número do cartão que impeça que o valor seja cobrado, ficará caracterizado o não pagamento do Prêmio. Se a administradora não autorizar o pagamento do Prêmio, o responsável pelo pagamento deverá autorizar a Seguradora a reemitir no seu cartão de crédito, o valor do débito vencido e não pago. Além disso, deverá informar imediatamente à Seguradora o novo número do cartão de crédito, para que o pagamento do Prêmio seja realizado.

14.3.2 Se ficar caracterizado o não pagamento do Prêmio em qualquer uma das formas de pagamento descritas anteriormente, o seguro estará sujeito ao disposto nos itens 14.4, 14.5. e 14.6. destas Condições Gerais.

14.3.3 O Segurado poderá solicitar por meio de formulário apropriado, fornecido pela Seguradora, mudança na forma de pagamento do Prêmio, data de vencimento e alteração de periodicidade de pagamento.

14.3.4 Independente do momento que o pedido de alteração de periodicidade de pagamento for feito, a alteração ocorrerá exclusivamente no Aniversário da Apólice.

14.4 Inadimplência e Período de Tolerância

14.4.1. O não pagamento da primeira parcela até o vencimento, implicará no cancelamento automático do Seguro, sem direito à cobertura.

14.4.2. O Período de Tolerância é definido como o período de 45 (quarenta e cinco) dias corridos e consecutivos, a serem contados a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do primeiro Prêmio vencido e não pago, durante o qual o Segurado ainda terá direito às Coberturas contratadas.

14.4.3. Se, durante o Período de Tolerância, ocorrer algum evento coberto, quaisquer Prêmios devidos e não pagos serão deduzidos da Indenização, observado o disposto nos itens 14.4.5. e 14.4.6.

14.4.4. Ao final do Período de Tolerância, caso os Prêmios vencidos não tenham sido pagos conforme previsto no item 14.4.2. o Segurado poderá, nos termos do item 12., optar entre:

a) Resgatar o Montante Disponível, ou

b) Converter o Montante Disponível em Benefício Prolongado

14.4.5. Durante o Período de Tolerância, qualquer pagamento em atraso, será efetuado pelo valor do Prêmio vencido, acrescido de multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento), conforme previsto em lei.

14.4.6. Além da multa mencionada no item 14.4.5., será acrescentada ao valor do Prêmio vencido e não pago, a atualização monetária com base na variação apurada entre o último índice (IPCA/IBGE) do mês anterior publicado da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua liquidação, acumulado desde a data de seu vencimento até a data do efetivo pagamento, acrescida de juro de 1% a.m. (um por cento ao mês), em base *Pro Rata Temporis*.

14.4.7. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do prêmio, exceto a primeira, o Segurado será notificado por meio idôneo, após o Período de Tolerância, com comprovação de recebimento, para regularizar o(s) pagamento(s) no prazo de 15 (quinze) dias.

14.4.8. Recebida a notificação para regularização do(s) pagamento(s) e não purgada a mora no prazo nela indicado, poderá ser suscetível à suspensão das coberturas da apólice desde o vencimento da parcela original não paga.

14.4.9. Decorridos 30 (trinta) dias da suscetível Suspensão do Seguro e não purgada a mora, a Seguradora poderá enviar nova notificação ao Segurado, informando sobre sua decisão em rescindir o contrato.

14.4.10. O recebimento da notificação, ou a recusa em recebê-la, pelo Segurado formalizará o cancelamento do Seguro.

14.4.11. Caso o Segurado recuse o recebimento da notificação ou não seja localizado no último endereço informado à Seguradora, o prazo para regularização da parcela em atraso, previsto na notificação, terá início na data em que a tentativa de entrega for considerada frustrada.

14.4.12. O cancelamento libera integralmente a Seguradora por sinistros e despesas de salvamento ocorridos a partir da constituição da mora.

14.4.13. Caso o pagamento do prêmio não seja realizado após notificação formal ao Segurado, e desde que a Seguradora tenha assumido o risco previsto no contrato, poderá ser iniciada cobrança judicial do valor devido, inclusive por meio de ação de execução, conforme previsto na legislação vigente.

14.5. Rescisão do Seguro

14.5.1 Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, independentemente de notificação ou interpelação judicial, o Segurado e seu(s) Beneficiário(s) perderão o direito às Coberturas do Seguro contratado, ficando a Seguradora livre do dever de prestar o capital segurado ou a indenização, nas ocorrências de fraudes por reclamação do sinistro praticadas pelo Segurado, pelo(s) seu(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro.

14.6. Cancelamento do Seguro

14.6.1 O Segurado tem o direito de arrependimento, tornando o Seguro nulo de pleno direito no prazo de 10 (dez) dias, a partir do Início de Vigência da Apólice, mediante requerimento feito à Seguradora através de seus canais de atendimento. Com o recebimento da solicitação do arrependimento, a Seguradora devolverá qualquer Prêmio recebido, livre de taxas ou encargos e atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data do pagamento do Prêmio até a data da devolução do seu valor.

14.6.2 Decorrido o prazo de 10 (dez) dias acima ou com o pagamento do segundo Prêmio, o item acima perde validade e o Seguro será cancelado, se solicitado, com condições de devolução de Prêmios diferentes conforme a periodicidade de pagamento de Prêmio:

14.6.2.1 Em caso de Apólices com periodicidade de pagamento de Prêmio mensal, não haverá devolução do Prêmio recebido pela Seguradora. Poderá haver constituição de Provisão Matemática/Montante Disponível apenas para as coberturas estruturadas em regime de capitalização, cuja utilização observará exclusivamente as regras previstas na Cláusula "Montante Disponível" (Benefício Prolongado e, quando aplicável, Resgate). A existência de Montante Disponível não representa devolução de prêmios nem resgate da Cobertura Básica

14.6.2.2 O cálculo do Valor de Resgate Líquido mencionado no item 12.6.2.1. será correspondente ao Montante Disponível definido na data de vigência da última parcela do Prêmio pago.

14.6.2.3 Em caso de Apólices com periodicidade de pagamento de Prêmio anual, haverá devolução do Prêmio recebido pela Seguradora, proporcionalmente aos meses completos a decorrer, contados a partir do cancelamento da apólice, para as coberturas de Morte Acidental, Invalidez por Acidente, Morte com Capital Decrescente, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos, Doenças Graves e Procedimento Cirúrgicos Premium e Diária de Internação Hospitalar. Em razão das características deste seguro e considerando o disposto no item Valor de Resgate Líquido, para as Coberturas de Morte, Funeral Individual e Funeral Cônjuge serão devidos apenas o Valor de Resgate líquido ou benefício prolongado, não havendo devolução de Prêmios, conforme a cláusula 12.

14.6.2.4 O cálculo do Valor de Resgate Líquido mencionado no item 12.6.2.3. será correspondente ao Montante Disponível definido na data de vigência da última parcela do Prêmio pago.

14.6.2.5 A Apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos Riscos.

14.6.3 Além das situações mencionadas nos itens 14.4,14.5 e 14.6. o seguro estará cancelado:

a) Com o falecimento do Segurado;

b) Com a solicitação expressa do Segurado nesse sentido, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

c) Com a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado em decorrência de Doença em Estágio Terminal; ou

d) Com o fim do novo período temporário após mudança para Seguro com Benefício Prolongado; ou

e) Se constada uma das hipóteses previstas nos itens "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais.

f) 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.

14.6.4 O seguro será considerado nulo de pleno direito nas seguintes hipóteses:

a) quando não houver interesse legítimo segurável sobre o objeto do seguro, e/ou

b) quando não comprovado o interesse legítimo do contratante sobre a vida do segurado.

14.6.5 Na ocorrência de qualquer das hipóteses de nulidade acima, o segurado terá direito à devolução do prêmio pago, deduzidas as despesas efetivamente realizadas pela Seguradora, desde que não haja má-fé comprovada por parte do segurado.

14.6.6 Em caso de má-fé, a seguradora poderá reter integralmente o valor do prêmio pago, sem prejuízo da adoção de medidas legais cabíveis.

14.6.7 No caso de o interesse legítimo, entendido como a efetiva relação direta do segurado com uma perda coberta, passar a existir somente durante a vigência do seguro, qualquer das coberturas contratadas somente será eficaz a partir do momento que passou a existir o respectivo interesse legítimo, sem qualquer retroatividade.

14.6.8 O Segurado poderá solicitar a qualquer momento, o cancelamento do Seguro. A solicitação deverá ser feita através dos canais de atendimento da MetLife.

15. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

15.1 Os Capitais Segurados e os Prêmios serão atualizados anual e monetariamente, em cada Aniversário da Apólice, com base na variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), acumulado 12 meses até aquele publicado no mês imediatamente anterior ao mês do aniversário.

15.2 Quando a periodicidade de pagamento do Prêmio for anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte ou invalidez, serão atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do Prêmio, até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

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

15.4 O saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder será atualizado mensal e monetariamente, com base na variação mensal do IPCA/IBGE, publicado imediatamente anterior ao mês base de cálculo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.

15.5 O saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder será capitalizado mensal e atuarialmente, com base na taxa de juros de 3,0% a.a. (três por cento ao ano), enquanto a Apólice estiver em vigor, até a idade de 100 (cem) anos. A partir desta idade, a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder será atualizada apenas com base na variação mensal do IPCA/IBGE conforme item 14.4.

15.6 Atualização do Benefício Prolongado: No primeiro Aniversário da Apólice, após a concessão do Benefício Prolongado, o Capital Segurado será atualizado com base na variação apurada entre o último índice publicado (IPCA/IBGE) antes da data de concessão do Benefício Prolongado e aquele publicado imediatamente anterior ao mês do Aniversário da Apólice. Nos demais aniversários, o Capital Segurado sofrerá atualização monetária pelo IPCA/IBGE acumulado de 12 meses até aquele publicado anterior ao mês do aniversário.

15.7 Não ocorrerá alteração de taxa para as Coberturas de Morte, Temporária de Morte e Funeral, por se tratar de um produto de Prêmio nivelado. As Coberturas Adicionais sofrerão alteração de Prêmio por variação de faixa etária, apenas em caso de fim de vigência seguido de renovação.

16. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

16.1 Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado, por escrito, à Seguradora, pelo Segurado, ou pelo(s) Beneficiário(s), logo que o saiba(m). Para a Cobertura Adicional de Funeral, o Solicitante deverá entrar em contato com a Seguradora através da Central de Atendimento pelos telefones 0800 638 5433 e +55 3003 5433 para chamadas a cobrar do exterior.

16.2 Ao tomar conhecimento da ocorrência ou da iminência de sinistro, o Segurado e o(s) Beneficiário(s), conforme o caso, obriga-se a:

I – adotar, de forma imediata, todas as providências razoáveis e eficazes para evitar ou minimizar os efeitos do evento danoso;

II – comunicar prontamente a seguradora, por qualquer meio idôneo que permita comprovação, e seguir as instruções recebidas para contenção dos danos ou salvamento dos bens segurados;

III – fornecer à seguradora todos os elementos de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências.

16.3 O descumprimento doloso dos deveres previstos neste artigo implica a perda do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

16.4 O descumprimento culposo de qualquer um dos deveres previstos acima implicam na perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão

16.5 As providências previstas no item I deste artigo não serão exigíveis se colocarem em perigo interesses relevantes do segurado, do beneficiário ou de terceiros, ou se implicarem sacrifício acima do razoável.

17. INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO

17.1 Pagamento de Indenização

17.1.1 Para pagamento do Capital Segurado Líquido de um evento coberto por este seguro, a ocorrência do Sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, deverá ser satisfatoriamente comprovada.

17.1.2 As despesas incorridas com a comprovação do evento referentes a apresentação dos documentos básicos predeterminados no contrato para comunicação 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.

17.1.3 A Seguradora está autorizada, em caso de dúvida fundada e justificável, a tomar todas as providências necessárias ao esclarecimento dos fatos, arcando com os custos correspondentes, para obter explicação completa sobre o evento ocorrido, podendo, inclusive, solicitar documentos que considerar necessários à comprovação do fato alegado, além daqueles descritos nas Condições Especiais da respectiva cobertura.

17.1.4 Para os casos de Morte, Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal, Morte Acidental, Cobertura Adicional Temporária de Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Fratura Óssea, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium , Doenças Graves Mais Proteção, Diária de Internação Hospitalar, Diária por Incapacidade Temporária, Doenças Incapacitantes Ampliada, Doenças Incapacitantes e Temporária de Morte em posse de toda a documentação básica para análise da cobertura solicitada, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a Seguradora deverá manifestar-se expressamente sobre a existência de cobertura, sob pena de não poder mais recusá-la.

17.1.5 Os documentos básicos para a análise da Cobertura estão expressamente listados na Condição Especial de cada cobertura adicional.

17.1.6 A Seguradora poderá, de forma justificada, solicitar documentos complementares ao Segurado ou Beneficiário, sendo que, a solicitação de documentos complementares suspende o prazo previsto no item 17.1.4 por, no máximo, 1 (uma) vez, reiniciando-se a contagem no primeiro dia útil subsequente ao atendimento integral da solicitação.

17.1.7 Nos sinistros cujo Capital Segurado ultrapasse 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, o prazo de suspensão poderá ocorrer por até 2 (duas) vezes.

17.1.8 Reconhecida a cobertura, a seguradora efetuará o pagamento da indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que a Seguradora se manifestou sobre a existência de Cobertura.

17.1.9 O processo de liquidação do sinistro somente se iniciará após a identificação da existência efetiva de cobertura e da sua extensão material.

17.1.10 A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a regulação de Sinistro está prevista em cada uma das respectivas coberturas contratadas.

17.1.11 O processo de regulação somente seguirá para análise após o recebimento de todos os elementos, inclusive documentos mínimos, indicados nas coberturas contratadas, que deverão ser submetidos pelo Segurado à Seguradora, no prazo de até 150 (cento e cinquenta) dias.

17.1.12 Caso ao final do prazo indicado no item 17.1.11 não tenham sido entregues todos os elementos e documentos básicos solicitados, a indenização será negada e o procedimento de análise será encerrado, sendo possibilitado ao interessado efetuar novamente a comunicação do evento, para abertura de novo procedimento de análise junto à Seguradora.

17.1.13 O não envio dos elementos necessários e documentos mínimos listados no prazo acima indicado ou o seu envio parcial implicam encerramento do procedimento de análise e recusa automática da cobertura.

17.1.14 Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

17.1.15 O pagamento do Capital Segurado Líquido deverá ser feito por crédito em conta, pagável no domicílio ou praça indicada pelo(s) mesmo(s), conforme o caso.

17.1.16 As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmos, no reconhecimento da obrigação de pagamento de qualquer Capital Segurado.

17.1.17 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

17.1.18 A invalidez prevista deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente. A declaração médica deverá ser acompanhada de exames complementares e/ou relatórios disponíveis que comprovem a incapacidade alegada.

17.1.19 Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

17.1.20 O pagamento do Capital Segurado Líquido deverá ser feito por crédito em conta ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou praça indicada pelo(s) mesmo(s), conforme o caso.

17.1.21 As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmos, no reconhecimento da obrigação de pagamento de qualquer Capital Segurado.

17.1.22 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

17.1.23 A invalidez permanente prevista deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente. A declaração médica deverá ser acompanhada de exames complementares e/ou relatórios disponíveis que comprovem a incapacidade alegada.

17.2Adiantamento Parcial de Benefício

17.2.1 O(s) Beneficiário(s) poderá(ão) solicitar o Adiantamento Parcial do Benefício na ocasião de Morte do Segurado em decorrência de um evento coberto, para que possam arcar com despesas imediatas.

17.2.2 Para ter direito a esse adiantamento de benefício, a Apólice deverá estar no Período de Não Contestação, conforme descrito na Cláusula 19.

17.2.3 Não há cobrança de Prêmio adicional para esse benefício.

17.2.4 O adiantamento será de até 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado Líquido em vigor, limitado ao valor máximo de R$15.000,00 (quinze mil reais), independentemente do número de Apólices ativas e do número de Beneficiários Solicitantes.

17.2.5 Para fins desse benefício, não são considerados os Capitais Segurados das coberturas adicionais, se contratadas.

17.2.6 A Seguradora poderá negar o pagamento deste benefício em decorrência de suspeita de Risco excluído. Negar o pagamento do adiantamento parcial de benefício não impede o pagamento do valor do Capital Segurado da Cobertura Básica de morte após análise de Sinistro.

17.2.7 O Adiantamento Parcial do Benefício será pago apenas ao(s) Beneficiário(s) que o solicitar(em), por formulário específico fornecido pela Seguradora.

17.2.8 São elegíveis a receber Adiantamento Parcial do Benefício apenas os Beneficiários Pessoa Física maiores de 18 (dezoito) anos e indicados na Apólice.

16.2.8.1. O Adiantamento Parcial do Benefício não será pago à Beneficiários que não tenham sido indicados pelo Segurado e registrado na Apólice do Seguro.

17.2.9 O valor do Adiantamento Parcial do Benefício de cada Beneficiário será proporcionalmente limitado ao percentual de benefício indicado para si na Apólice, observado item 16.2.3, mesmo que outro(s) Beneficiário(s) não tenha(m) solicitado tal adiantamento.

17.2.10 O adiantamento concedido será deduzido do valor do benefício total a ser pago apenas em relação ao valor devido ao(s) Beneficiário(s) Solicitante(s).

17.2.11 Procedimentos para receber o Adiantamento Parcial do Benefício:

17.2.12 O(s) Beneficiário(s) deverá(ão) preencher formulário específico fornecido pela Seguradora e enviá-lo com as cópias da Certidão de Óbito do Segurado, do RG e do CPF do Segurado e do(s) Beneficiário(s) Solicitante(s). Em caso de Morte por acidente do Segurado, a cópia Boletim de Ocorrência deverá ser enviada com os demais documentos.

17.2.13 O adiantamento parcial do benefício será pago por depósito em conta(s)-corrente(s) ou poupança(s) indicada(s) no formulário.

17.2.14 O pagamento será realizado em até 7 (sete) dias úteis após o recebimento dos documentos descritos no subitem 16.1. 2.

17.2.15 Para pagamento integral do benefício, conforme descrito na Apólice, o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) seguir os procedimentos descritos no item 16.1 (Pagamento do Indenização).

17.3 Pagamento de Reembolso

17.3.1 Para pagamento do Reembolso de um evento coberto por este seguro, a ocorrência do Sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, deverá ser satisfatoriamente comprovada.

17.3.2 Os valores referentes às medidas de prevenção comuns, incluída qualquer espécie de manutenção, adotadas para o salvamento no evento coberto não estão incluídos no reembolso.

17.3.3 A Seguradora está autorizada, em caso de dúvida fundada e justificável, a tomar todas as providências necessárias à plena elucidação dos fatos, arcando com os custos correspondentes, para obter uma explicação completa sobre o evento ocorrido, podendo, inclusive, solicitar documentos que considerar necessários à comprovação do fato alegado, além daqueles descritos nas Condições Especiais da respectiva cobertura.

17.3.4 Estando em posse de toda a documentação obrigatória para análise da cobertura solicitada, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre o pagamento do Reembolso relativo às despesas comprovadas pelo Solicitante, limitado ao valor de Capital Segurado, ou recusar o pagamento dele. Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado.

17.3.4.1 Reconhecida a cobertura, a seguradora efetuará o pagamento da indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que a Seguradora se manifestou sobre a existência de Cobertura.

17.3.4.2 O processo de liquidação do sinistro somente se iniciará após a identificação da existência efetiva de cobertura e da sua extensão material.

17.3.5 Caso haja atraso no pagamento do Reembolso, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

17.3.6 O pagamento do Reembolso deverá ser feito por crédito em conta, pagável no domicílio ou praça indicada pelo(s) mesmo(s), conforme o caso.

17.3.7 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

18. PERÍCIA MÉDICA / JUNTA MÉDICA

18.1 A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez.

18.2 No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionadas ao objeto do seguro, sobre causa, natureza ou extensão de lesões, assim como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista claramente nas Disposições Contratuais, será proposta pela Seguradora a constituição de uma junta médica, por meio de

correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação.

18.3 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.

18.4 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.

19. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO

19.1 Se o Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o Questionário de Avaliação de Risco submetido pela Seguradora, o Segurado:

a) Quando as declarações inexatas ou omissões ocorrerem de forma dolosa, perderá a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, ou;

b) Quando as declarações inexatas ou omissões ocorrerem de forma culposa, terá sua garantia reduzida proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas inicialmente as informações que foram posteriormente reveladas.

19.1.1 Não se aplicam as hipóteses dos itens a e b do item 19.1 quando o interessado provar que a seguradora tomou ciência oportunamente do sinistro e das informações por outros meios.

19.1.2 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral da indenização ou reembolso, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização ou reembolso, deduzindo, deste valor, a diferença de Prêmio cabível.

19.2 Conforme disposto em legislação vigente, o Segurado perderá direito à indenização se agravar intencional e relevantemente quaisquer dos Riscos descritos no Questionário de Avaliação de Risco.

19.3 O Segurado não poderá agravar, de forma intencional e relevante, o risco objeto do contrato. O descumprimento desta obrigação implicará na perda da garantia, sem prejuízo da cobrança do Prêmio e do ressarcimento das Despesas de Contratação.

19.4 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o Risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

19.4.1 A Seguradora, desde que o faça nos 20 (vinte) dias corridos seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo segurado, poderá, por meio de comunicação formal, cobrar a diferença de prêmio em razão do agravamento do risco.

19.5 Considera-se relevante o agravamento que resulte em aumento significativo e continuado da probabilidade de ocorrência do risco descrito na Declaração Pessoal de Saúde ou questionário de avaliação de risco, ou da severidade de seus efeitos.

19.6 O descumprimento do dever de o Segurado comunicar o agravamento acarretará as seguintes consequências:

a) Se houver dolo do Segurado: Implicará na perda da Cobertura do seguro, mantendo-se a obrigação do Segurado de pagar o prêmio e ressarcir a Seguradora em relação as Despesas de Contratação.

b) Se houver culpa do Segurado: o Segurado deverá arcar com o pagamento da diferença de Prêmio calculada pela Seguradora.

19.7 Caso o aumento do Prêmio indicado pela Seguradora seja superior a 10% do valor originalmente pactuado, o Segurado poderá recusar a modificação, solicitando o cancelamento do seguro, no prazo de 15 (quinze) dias contados da ciência da alteração, com efeitos a partir do momento em que o risco foi agravado.

19.8 A Seguradora poderá recusar o pagamento de indenização se comprovar o nexo causal entre o agravamento relevante e o sinistro ocorrido.

19.9 Caso ocorra uma redução relevante do risco segurado, o Segurado ou o Estipulante poderá solicitar formalmente à Seguradora a revisão do valor do prêmio, mediante apresentação das informações e documentos comprobatórios que evidenciem a alteração das circunstâncias originalmente contratadas.

19.10 Confirmada pela Seguradora a efetiva redução do risco, o valor do prêmio poderá ser readequado proporcionalmente, observado o direito de retenção pela Seguradora das despesas de contratação, com efeitos a partir da data em que a Seguradora tiver tomado conhecimento da solicitação e recebido a documentação completa.

19.11 Considera-se redução relevante do interesse segurado alteração substancial que impacte diretamente o risco originalmente contratado, conforme avaliação técnica da Seguradora.

19.12 Na hipótese de desaparecimento do risco coberto, o seguro será cancelado, com devolução proporcional do prêmio referente ao período ou parcela do risco não decorrido, descontadas as despesas com contratação incorridas pela Seguradora.

19.13 O Segurado e o(s) Beneficiário(s) perderão 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) violação da legislação de combate à corrupção e à lavagem de dinheiro;

d) Omitir ou prestar informações falsas à Seguradora dolosamente;

e) Provocar dolosamente o sinistro, exceto quando se tratar da hipótese de suicídio, que obedecerá a disposição da alínea "e" do item 5.1. dos RISCOS EXCLUÍDOS nessas Condições Gerais.

f) Tiver prévia ciência da intenção da prática delituosa por parte do Beneficiário em causar o sinistro.

g) Deixar de avisar prontamente a seguradora, por qualquer meio idôneo ou deixar de prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela Seguradora.

h) Cometer fraude por ocasião da reclamação do sinistro.

19.14 Devido à estruturação técnica deste seguro, a seguradora não utilizará a informação de atualização do risco coberto para alterar direitos e deveres previstos nestas condições gerais e especiais, incluindo a decisão de cancelar o seguro, restringir a cobertura ou cobrar a diferença das parcelas durante a vigência da cobertura.

20. PERÍODO DE NÃO CONTESTAÇÃO

20.1 A Seguradora não poderá contestar o pagamento do benefício em casos de Doenças e Lesões Preexistentes do Segurado, desde que respeitadas as regras estabelecidas no item 19 se, na data do evento, os seguintes prazos, aplicáveis conforme a hipótese, já tiverem decorrido:

20.1.1 24 (vinte e quatro) meses da data de emissão da Apólice caso o Segurado tenha sido submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação; ou

20.1.2 60 (sessenta) meses da data de emissão da Apólice caso o Segurado não tenha se submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação.

21. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

21.1 O presente Seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, desde que obedeça aos termos, condições e estrutura do plano contratado.

22. SUB-ROGAÇÃO

22.1 A Seguradora não se sub-roga em eventuais direitos e ações do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) contra o causador do Sinistro.

23. TRIBUTOS

23.1 Os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

23.2 Na hipótese de mudanças na legislação tributária que resultem em alteração dos encargos incidentes sobre este tipo de seguro, as disposições serão adaptadas às novas normas.

24. PRESCRIÇÃO

24.1 Os direitos e obrigações decorrentes deste seguro estão sujeitos aos prazos de prescrição estabelecidos pela legislação vigente. A contagem dos prazos observará os marcos legais definidos, considerando a natureza da pretensão e a parte envolvida.

25. FORO

25.1 O foro competente para tratar eventuais questões judiciais entre o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou o(s) Solicitante(s) e esta Seguradora, conforme determina a legislação vigente, será o do domicílio do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso.

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

26.1 As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais, as Condições Especiais submetidas à SUSEP.

27. CUMPRIMENTO DAS LEIS ANTICORRUPÇÃO

27.1 O segurado não ofertará tampouco aceitará pagamentos, tampouco ofertará ou fornecerá 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 segurado reconhece que as leis anticorrupção internacionais, FCPA e a UK Bribery Act, inclusive a lei a brasileira n.º 12.846/2013 e seu respectivo decreto n.º 11.129/2022, 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.

27.2 O Segurado 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.

27.3 DA VIOLAÇÃO DE LEIS E NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS E COMERCIAIS

27.3.1 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 à 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.

27.3.2 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 nexo 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.

27.3.3 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.

27.3.4 Durante o processo de regulação de sinistro esta Seguradora verificará se o Segurado, os beneficiários das indenizações devidas ou se os locais de ocorrência dos eventos reclamados constam de listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate 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.

27.3.5 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. DISPOSIÇÕES FINAIS

28.1. A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.

28.2. O Segurado deverá informar imediatamente à Seguradora qualquer mudança cadastral como endereço, por meio de comunicação por escrito, com aviso de recebimento, ou por meio de ligação telefônica feita ao Departamento de Atendimento ao Cliente, da Seguradora.

28.3. O corretor de seguros é responsável por entregar ao segurado, beneficiário ou estipulante todos os documentos e informações que lhe forem confiados, como apólices, certificados e comunicações, em até 5 (cinco) dias úteis após o recebimento. Se houver risco de perda de algum direito — como prazo para comunicar um sinistro ou solicitar uma cobertura — o corretor deverá fazer a entrega o mais rápido possível, garantindo que o segurado possa exercer seus direitos dentro do prazo legal.

28.4. O Corretor, Estipulante e Representante (Intermediários) são obrigados a agir com lealdade e boa-fé e prestar informações completas e verídicas sobre todas as questões envolvendo a formação e a execução do contrato.

28.5. Manter seus dados de contato atualizados é essencial para que você receba todas as informações sobre sua apólice, como avisos, comunicações e orientações importantes. Caso os dados não sejam atualizados, você pode deixar de receber informações relevantes, o que pode impactar sua experiência e até a execução correta do contrato. Por isso, sempre que houver mudança de e-mail, telefone ou endereço, avise a Seguradora para manter seu cadastro em dia.

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

28.7. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

28.8. Produto registrado na SUSEP sob nº 15414.616607/2026-69 sob responsabilidade da Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., código SUSEP 06351, CNPJ 02102498/0001-29.

Condição Especial – Cobertura Básica Morte

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura garante ao(s) Beneficiário(s), durante o Período de Vigência, o pagamento do Capital Segurado Líquido em caso de morte do Segurado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.**

1.2. Ao Segurado, em caso de comprovação de Doença em Estágio Terminal, a Seguradora efetuará a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado desta Cobertura, em uma única vez, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos destas Condições Especiais, das Condições Especiais e da Apólice.**

1.3. Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal.

1.3.1. A Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal somente será efetuada caso o seguro esteja em vigor e não tenha sido efetivada a mudança para Benefício Prolongado.

1.3.1.1. O Segurado deverá comprovar à Seguradora que sua sobrevida é de, no máximo, 6 (seis) meses, a partir da data da avaliação diagnóstica.

1.3.1.2. A Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal somente poderá ser realizada por meio de solicitação voluntária do Segurado.

1.3.1.3. Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento da Antecipação do Pagamento Total em Caso de Doença Terminal, quando este já era de direito, o valor será pago de acordo com a legislação vigente.

1.3.1.4. Com a Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal, o seguro será cancelado.

1.4. Esta Cobertura Básica tem como característica o Capital Segurado e Prêmio constantes, sendo que ambos sofrerão correção monetária anualmente.

2.DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Das Definições” das Condições Gerais deste Seguro.

3.RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de 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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões e Acidentes Preexistentes omitidos voluntariamente pelo Segurado no Questionário de Avaliação de Risco, 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 resposta ao Questionário de Avaliação de Risco.

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelos Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.

e) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

e.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

f.1) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 2.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos;

g) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.

3.2. Além dos Riscos Excluídos no subitem 3.1, para fins de Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal, estão também expressamente excluídos deste seguro, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Doenças agravadas por traumatismos;

b) 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 na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

4.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro,

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

4.4. Para a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado em decorrência de Doença em Estágio Terminal considera-se como data do evento, a data do Relatório Médico, devidamente assinado pelo médico assistente do Segurado atestando os pormenores da doença, gravidade e prognóstico, de acordo com a definição da Cobertura descrita no item 1.1.1 destas Condições Especiais.

5.INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. O prazo contratado, o início e término de vigência desta Condição especial estarão descritos na Apólice de Seguro.

5.2. A vigência da Cobertura Básica é por toda a vida do Segurado, desde que ocorra o pagamento do Prêmio na periodicidade e prazo previamente escolhidos, no momento da contratação do seguro.

6.CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 14.4, 14.5 e 14.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição Especial cessa ainda:

a) com o falecimento do Segurado;

b) com a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado em decorrência de Doença em Estágio Terminal;

c) se constada uma das hipóteses previstas nos itens "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais.

7.VALOR DO PRÊMIO

7.1. O valor do Prêmio referente a esta Cobertura, estará previsto na Proposta de Contratação e na respectiva Apólice do seguro

7.2. O Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do seguro.

7.3. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Segurado e/ou Responsável pelo Pagamento.

8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

8.1. Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 17 das Condições Gerais, seguem os elementos essenciais para a aferição e decisão sobre a existência de cobertura:

a) Morte decorrente de doença

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- 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 do RG;
- Cópia do CPF;

Documentos dos Beneficiários indicados pelo Segurado:

- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor);
- Cópia do CPF (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos Beneficiários;
- Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o Beneficiário for o Cônjuge;
- Provas de União Estável, se o Beneficiário for o(a) companheiro(a);
- Autorização de crédito nominal a cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).
- **Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.**

Documentos dos Beneficiários caso não haja indicação feita pelo Segurado:

- Cópia da Certidão de Casamento do Segurado extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Provas de União Estável (no caso de companheiro/a);
- Cópia do RG e CPF do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do comprovante de residência em nome do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Declaração de Únicos Herdeiros do Segurado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor) de todos os herdeiros do Segurado;
- Cópia do CPF de todos os herdeiros do Segurado (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do Segurado;
- Autorização de crédito em nome de cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).
- **Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.**

b) Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Relatório médico informando desde quando o Segurado recebeu o primeiro diagnóstico, descrição da evolução clínica, data em que iniciou o tratamento;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Declaração Médica expedida pelo médico que atende ao Segurado registrando o diagnóstico, tratamento realizado e 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;

c) Morte decorrente de acidente

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do Boletim de Ocorrência e CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- Cópia do Laudo de Necrópsia do Instituto Médico Legal;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o Segurado o condutor;
- Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado;
- Cópia do Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizada;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF.

Documentos dos Beneficiários indicados pelo Segurado:

- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor);
- Cópia do CPF (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos Beneficiários;
- Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o Beneficiário for o Cônjuge;
- Provas de União Estável, se o Beneficiário for o(a) companheiro(a);
- Autorização de crédito nominal a cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).
- **Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.**

Documentos dos Beneficiários caso não haja indicação feita pelo Segurado:

- Cópia da Certidão de Casamento do Segurado extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Provas de União Estável (no caso de companheiro/a);
- Cópia do RG e CPF do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do comprovante de residência em nome do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Declaração de Únicos Herdeiros do Segurado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor) de todos os herdeiros do Segurado;
- Cópia do CPF de todos os herdeiros do Segurado (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do Segurado;
- Autorização de crédito em nome de cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).
- **Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.**

8.2. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

8.3. Se dentro do prazo mencionado no item 17.1.8, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado, outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo para pagamento da indenização sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado.

8.4. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

9.DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

9.2. As Indenizações por Morte Acidental e Morte, quando contratadas conjuntamente, se acumulam.

9.3. Não será paga a Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal 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.

Condição Especial – Cobertura Adicional Morte com Capital Segurado Decrescente a Cada Ano

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s), durante o Período de Vigência, o pagamento do Capital Segurado Líquido, adicionalmente ao Capital Segurado Líquido da Cobertura Básica, em caso de morte do Segurado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.**

1.2. Ao Segurado, em caso de comprovação de Doença em Estágio Terminal, a Seguradora efetuará a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado desta Cobertura, em uma única vez, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da Apólice.

1.2.1. Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal.

1.2.1.1. A Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal somente será efetuada caso o Seguro esteja em vigor e não tenha sido efetivada a mudança para Benefício Prolongado.

1.2.1.2. O Segurado deverá comprovar à Seguradora que sua sobrevida é de, no máximo 6 (seis) meses, a partir da data da avaliação diagnóstica.

1.2.1.3. A Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal somente poderá ser realizada por meio de solicitação voluntária do Segurado.

1.2.1.4. Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento da Antecipação do Pagamento Total em Caso de Doença Terminal, quando este já era de direito, o valor será pago de acordo com a legislação vigente.

1.2.1.5. Com a Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal, o Seguro será cancelado.

1.2.2. Esta Cobertura Adicional tem como característica o Capital Segurado decrescente a cada ano, com base em um percentual fixo informado na Apólice e na Proposta de Contratação e Prêmio constante, sendo que ambos sofrerão atualização monetária anualmente.

2.DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Das Definições” das Condições Gerais deste Seguro.

3.RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de 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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões e Acidentes Preexistentes omitidos voluntariamente pelo Segurado no Questionário de Avaliação de Risco, 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 resposta ao Questionário de Avaliação de Risco.

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelos Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura;

e) **Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.**

e.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

f) **Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.**

f.1) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 2.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos;

g) **Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.**

3.2. Além dos Riscos Excluídos no subitem 3.1, para fins de Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal, estão também expressamente excluídos deste seguro, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) **Doenças agravadas por traumatismos;**

b) **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 inicial para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

4.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais, e sofrerá um decréscimo anual por um percentual fixo aplicado ao último valor de capital disponível, informado na Apólice e na Proposta de Contratação, conforme tabela no item 10 destas Condições Especiais.

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.

4.3. Para a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado em decorrência de Doença em Estágio Terminal considera-se como data do evento, a data do Relatório Médico, devidamente assinado pelo médico assistente do Segurado atestando os pormenores da doença, gravidade e prognóstico, de acordo com a definição da Cobertura descrita no item 1.1.1 destas Condições Especiais.

5.INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

5.2. O Período de Vigência desta Cobertura é determinado e será estabelecido na Proposta de Contratação, assim como na Apólice de Seguro. **A idade máxima de saída será 80 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 75 anos.**

6.CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 14.4, 14.5 e 14.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição Especial cessa ainda:

a) **Com o falecimento do Segurado;**

b) Com a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado em decorrência de Doença em Estágio Terminal;

c) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

d) Se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

e) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 5.2 acima;

f) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura.

g) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado.

h) Quando o segurado completar 80 anos

7. VALOR DOS PRÊMIOS

7.1. O valor do Prêmio referente a esta Cobertura será constante, estará previsto na Proposta de Contração e na respectiva Apólice de Seguro.

7.2. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

7.3. Os Prêmios serão pagos no prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento e será estabelecido na Proposta de Contratação, assim como na Apólice de Seguro.

8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

8.1. Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 17 das Condições Gerais, seguem os elementos essenciais para a aferição e decisão sobre a existência de cobertura:

a) Morte decorrente de doença

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- 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 do RG;
- Cópia do CPF.

Documentos dos Beneficiários indicados pelo Segurado:

- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor).
- Cópia do CPF (obrigatório, independentemente da idade).
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos Beneficiários;
- Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o Beneficiário for o Cônjuge;
- Provas de União Estável, se o Beneficiário for o(a) companheiro(a);
- Autorização de crédito nominal a cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).
- Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.
- **Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.**

Documentos dos Beneficiários caso não haja indicação feita pelo Segurado:

- Cópia da Certidão de Casamento do Segurado extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Provas de União Estável (no caso de companheiro/a);
- Cópia do RG e CPF do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do comprovante de residência em nome do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Declaração de Únicos Herdeiros do Segurado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor) de todos os herdeiros do Segurado;
- Cópia do CPF de todos os herdeiros do Segurado (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do Segurado;
- Autorização de crédito em nome de cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).

- Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.
- **Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.**

b) Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Relatório médico informando desde quando o Segurado recebeu o primeiro diagnóstico, descrição da evolução clínica, data em que iniciou o tratamento;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Declaração Médica expedida pelo médico que atende regularmente o Segurado, constando o diagnóstico, o tratamento realizado e o quadro clínico e a data, a partir da qual, a evolução da doença justifica o enquadramento em estado terminal;
- Resultados de exames 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.**

c) Morte decorrente de acidente

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do Boletim de Ocorrência e CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- Cópia do Laudo de Necrópsia do Instituto Médico Legal;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o Segurado o condutor;
- Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado;
- Cópia do Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizada;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF.

Documentos dos Beneficiários indicados pelo Segurado:

- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor);
- Cópia do CPF (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos Beneficiários;
- Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o Beneficiário for o Cônjuge;
- Provas de União Estável, se o Beneficiário for o(a) companheiro(a);
- Autorização de crédito nominal a cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).
- **Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.**

Documentos dos Beneficiários caso não haja indicação feita pelo Segurado:

- Cópia da Certidão de Casamento do Segurado extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Provas de União Estável (no caso de companheiro/a);
- Cópia do RG e CPF do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do comprovante de residência em nome do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Declaração de Únicos Herdeiros do Segurado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor) de todos os herdeiros do Segurado;
- Cópia do CPF de todos os herdeiros do Segurado (obrigatório, independentemente da idade);

- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do Segurado;
- Autorização de crédito em nome de cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).
- **Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.**

8.2. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

8.3. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

8.4. Se dentro do prazo mencionado no item 17.1.8., devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado, outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado.

8.5. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro, estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

9.2. As Indenizações por Morte Acidental e Morte, quando contratadas conjuntamente, se acumulam.

9.3. Não será paga a Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal 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.

10. TABELA DE DECRÉSCIMO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. De acordo com o prazo escolhido e a Vigência do Seguro, o Valor de Capital Segurado desta Cobertura será um percentual do Capital Segurado inicialmente contratado, conforme tabela a seguir:

Ano de Vigência da Apólice	Prazo da Cobertura				
	5	10	15	20	25
1	100%	100%	100%	100%	100%
2	90%	90%	90%	90%	90%
3	81%	81%	81%	81%	81%
4	73%	73%	73%	73%	73%
5	66%	66%	66%	66%	66%
6		59%	59%	59%	59%
7		53%	53%	53%	53%
8		48%	48%	48%	48%
9		43%	43%	43%	43%
10		39%	39%	39%	39%
11			35%	35%	35%
12			31%	31%	31%
13			28%	28%	28%
14			25%	25%	25%
15			23%	23%	23%
16				21%	21%
17				19%	19%
18				17%	17%
19				15%	15%
20				14%	14%
21					12%
22					11%
23					10%
24					9%
25					8%

Condição Especial – Cobertura Adicional Morte Acidental (MA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s), durante o Período de Vigência, o pagamento do Capital Segurado de Morte Acidental, adicionalmente ao Capital Segurado da Cobertura Básica, em caso de morte do Segurado em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial, prevalecem os conceitos indicados no item “Das Definições”, das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de 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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Doenças, Lesões e Acidentes Preexistentes omitidos voluntariamente pelo Segurado no Questionário de Avaliação de Risco, 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 resposta ao Questionário de Avaliação de Risco.

c.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

c.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelos Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

c.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.

d) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

d.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" 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, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

e.1) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 2.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos;

f) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de

caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;

g) Quaisquer tipos de doenças.

3.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1. e das exclusões apresentadas no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais do Seguro, estão também excluídos desta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Perturbações, envenenamentos ou intoxicações de qualquer natureza, salvo a ingestão de medicamentos exclusivamente quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;

b) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

d) Eventos causados 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.

4.CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

4.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais.

4.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5.INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

5.2. O Período de Vigência desta Cobertura é determinado e será estabelecido na Proposta de Contratação, assim como na Apólice de Seguro, **A idade máxima de saída será 80 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente.** Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de **74** anos.

5.3. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento.

6.CESSAÇÃO DA COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens **14.4, 14.5 e 14.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição Especial cessa ainda**:

a) Com o falecimento do Segurado;

b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

c) Se constada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

d) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 5.2 acima;

e) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura;

f) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado;

g) Quando o Segurado completar 79 anos.

7.VALOR DOS PRÊMIOS

7.1. O valor dos Prêmios referente a esta Condição Especial estará previsto na Proposta de Contratação e na respectiva Apólice de Seguro.

7.2. O Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

7.3. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento.

8.DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

8.1. Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 17 das Condições

Gerais, seguem os elementos essenciais para a aferição e decisão sobre a existência de cobertura:

a) Morte decorrente de acidente

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do Boletim de Ocorrência e CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- Cópia do Laudo de Necrópsia do Instituto Médico Legal;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o Segurado o condutor;
- Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado;
- Cópia do Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizada;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF.

Documentos dos Beneficiários indicados pelo Segurado:

- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor);
- Cópia do CPF (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos Beneficiários;
- Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o Beneficiário for o Cônjuge;
- Provas de União Estável, se o Beneficiário for o(a) companheiro(a);
- Autorização de crédito nominal a cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).
- **Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado**

Documentos dos Beneficiários, caso não haja indicação feita pelo Segurado:

- Cópia da Certidão de Casamento do Segurado extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Provas de União Estável (no caso de companheiro/a);
- Cópia do RG e CPF do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do comprovante de residência em nome do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Declaração de Únicos Herdeiros do Segurado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor) de todos os herdeiros do Segurado;
- Cópia do CPF de todos os herdeiros do Segurado (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do Segurado;
- Autorização de crédito em nome de cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).
- **Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.**

8.2. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

8.2. Se dentro do prazo mencionado no item 17.1.8., devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado.

8.3. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

9.2. As Indenizações por Morte Acidental e Morte, quando contratadas conjuntamente, se acumulam.

Condição Especial – Cobertura Adicional Invalidez Permanente por Acidente (IPA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado, durante o Período de Vigência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Permanente por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais do Seguro e da Apólice.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item "Das Definições" das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Invalidez Permanente por Acidente: para fins desta Condição Especial 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 6 desta Condição Especial, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões não sejam suscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento do diagnóstico.

2.3. 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 por Acidente e ainda aplicados sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente, não prevalecendo qualquer aumento de Capital Segurado efetuado posteriormente ao acidente.

2.4. Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

2.5. 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 exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Condição Especial. 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.

2.6. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de 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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Doenças, Lesões e Acidentes Preexistentes omitidos voluntariamente pelo Segurado no Questionário de Avaliação de Risco, 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 resposta ao Questionário de Avaliação de Risco.

c.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

c.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelos Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

c.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura;

d) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

d.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" 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, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

e.1) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 2.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos;

f) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.

3.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1. e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal constante nas Condições Gerais, estão também excluídos da Cobertura desta Condição Especial, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Perturbações, envenenamentos ou intoxicações de qualquer natureza, salvo a ingestão de medicamentos exclusivamente quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;

b) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

d) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo;

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.

4.CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Condição Especial será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice do Seguro.

4.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

4.3. Para fins desta Condição Especial, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5.REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. No caso de invalidez parcial o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada Sinistro.

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

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
	Nefrectomia 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	9
	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	9
	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	3
Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente 1/2, 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	5
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	Nariz	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Aparelho Visual e Anexos do Olho	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	7
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra	
	Ectrópio unilateral	3
	Ectrópio bilateral	6
	Entrópio unilateral	7
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ptose palpebral bilateral	10
	Aparelho da Fonação	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Sistema Auditivo	
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total das duas orelhas	16
	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	5
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	5
	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
Diversas	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
	Mamas (Femininas)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	Abdômen (Órgãos e Vísceras)	
	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
	Colostomia definitiva	40
	Reto e Ânus	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	Fígado	
	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	5

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

7.2. O Período de Vigência desta Cobertura é determinado e será estabelecido na Proposta de Contratação, assim como na Apólice de Seguro. **A idade máxima de saída será 79 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente.** Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de **74** anos.

7.3. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 14.4, 14.5 e 14.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição Especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do Segurado;

b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

c) Com a invalidez total por acidente do Segurado;

d) Se constada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

e) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 7.2 acima;

f) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura.

g) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado.

h) Quando o Segurado completar 79 anos.

9. VALOR DOS PRÊMIOS

9.1. O valor dos Prêmios referente a esta Condição Especial, estará previsto na Proposta de Contratação e na respectiva Apólice do Seguro.

9.2. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

9.3. Os Prêmios serão pagos, conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, no Período de Vigência definido em propostas e Apólice.

10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

10.1. Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 17 das Condições Gerais, seguem os elementos essenciais para a aferição e decisão sobre a existência de cobertura:

- **Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);**
- **Laudos, exames médicos e radiografias que comprovem a invalidez;**
- **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 do Boletim de Ocorrência e CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se Acidente de Trabalho;**
- **Descrição detalhada do acidente assinada (caso não haja BO);**
- **Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o Segurado o condutor;**
- **Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado;**
- **Cópia do Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizada;**
- **Cópia do RG;**
- **Cópia do CPF;**
- **Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;**
- **Autorização para Pagamento em nome do Segurado (formulário padrão MetLife).**

10.2. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

10.3. Se dentro do prazo mencionado no item 17.1.8., devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado, outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr, a

partir do dia útil seguinte a chegada do último documento solicitado.

10.4. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial – Cobertura Adicional Invalidez Acidental Majorada

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado, durante o Período de Vigência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Majorada por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais do Seguro e da Apólice.**

1.2. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente por Acidente

2. DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item "Das Definições" das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Invalidez Permanente por Acidente: para fins desta Condição Especial 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 6 desta Condição Especial, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões não sejam suscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento do diagnóstico.

2.3. 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 por Acidente e ainda aplicados sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente, não prevalecendo qualquer aumento de Capital Segurado efetuado posteriormente ao acidente.

2.4. Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

2.5. 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 exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Condição Especial. 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.

2.6. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de 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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Doenças, Lesões e Acidentes Preexistentes omitidos voluntariamente pelo Segurado no Questionário de Avaliação de Risco, 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 resposta ao Questionário de Avaliação de Risco.

c.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

c.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelos Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

c.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura;

d) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

d.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" 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, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

e.1) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 2.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos.

f) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.

3.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1. e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal constante nas Condições Gerais, estão também excluídos da Cobertura desta Condição Especial, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Perturbações, envenenamentos ou intoxicações de qualquer natureza, salvo a ingestão de medicamentos exclusivamente quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;

b) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

d) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo;

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.

3.3. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1., 3.2. e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal constante nas Condições Gerais, estão também excluídos na ocorrência da **perda de movimento da função de pinça da(s) mão(s)** desta Condição Especial, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Causas não acidentais;

b) Perda parcial decorrente de acidente, doenças, cirurgias mesmo que de erro médico; de autoflagelação ou automutilação intencional, mesmo quando praticada por outra pessoa.

c) Condições congênitas ou doenças preexistentes, mesmo que parcialmente;

d) Condições ou acidentes preexistentes agravados (acidente anterior/amputação anterior de alguns dedos).

e) Acidentes que resultem em responsabilidade criminal para a pessoa segurada;

f) Reimplante da mesma parte anatômica, sem perda total da função.

4.1. O Capital Segurado para esta Condição Especial será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice do Seguro.

4.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

4.3. Para fins desta Condição Especial, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

4. CAPITAL SEGURADO

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. No caso de invalidez parcial o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada Sinistro.

5.2. Em caso de pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado, em uma única indenização, não haverá reintegração.

5.3. Reintegração do Capital Segurado

Tipo de Invalidez		Indenização	Reintegração de capital	Status da cobertura após pagamento de indenização
Invalidez Permanente e Parcial		Acumulada, ou não, abaixo de 100% (cem por cento) do Capital Segurado	Há, após cada sinistro	Permanece ativa, com o capital reintegrado
		Acumulada, atingindo 100% do Capital Segurado	Não há	Cancelada
Invalidez Permanente e Total		100% (cem por cento) do Capital Segurado	Não há	Cancelada
Invalidez Permanente Majorada	Movimento de Pinça [Capital até R$ 1 (um) milhão]	100% (cem por cento) do Capital Segurado	Não há	Cancelada
	Movimento de Pinça [Capital acima de R$ 1 (um) milhão]	* conforme tabela de Regra para cálculo da indenização	Não há	Permanece ativa sobre o capital remanescente (Prêmio do Seguro será recalculado)
	Demais situações	100% do Capital Segurado	Não há	Cancelada

6. TABELAS PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ MAJORADA POR ACIDENTE

6.1. Invalidez Permanente e Total por Acidente

6.1.1. Estão cobertas as situações listadas na tabela a seguir:

Tabela 1
Situações para Invalidez Permanente Majorada por Acidente

Situações	% indenização
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

6.2. Invalidez Permanente Majorada por Acidente

6.2.1. Em caso de pagamento integral do benefício (correspondente ao percentual de indenização de 100% previsto na tabela) decorrente de invalidez permanente majorada, esta cobertura adicional será cancelada.

6.2.2. Estão cobertas as situações listadas na tabela a seguir:

Tabela 2 Situações para Invalidez Permanente Majorada por Acidente	
Situações	**% de indenização**
Perda total da visão de um olho	100
Perda total do uso de um membro superior	100
Perda total do uso de uma das mãos	100
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	100
Mudez incurável	100
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	100
Imobilidade do segmento sacro-lombo-torácico da coluna vertebral	100
Perda total do uso de um dos membros inferiores	100
Perda total do uso de um dos pés	100
Perda total do movimento de oposição do polegar com comprometimento da função de "pinça", de uma das mãos	*** conf. Item 6.2.3**

6.2.3. Comprometimento do movimento de pinça de uma das mãos.

6.2.3.1. Regra para Cálculo da Indenização	
Capital Segurado até R$ 1 (um) milhão	
A indenização será correspondente a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado.	
Capital Segurado acima de R$ 1 milhão	
Passo 1	Capital Segurado Total – R$ 1 (um) milhão.
Passo 2	Resultado do **passo 1** * 50% (cinquenta por cento)
Valor a ser indenizado	R$ 1 (um) milhão + Resultado do **passo 2, limitado a R$ 8 (oito) milhões.**

6.2.3.2. Critérios que definem a perda total do movimento de oponência do polegar e comprometimento da função de “pinça”	
1	**Amputação de 1º dedo (polegar) no nível da articulação metacarpo falangeana de uma das mãos; ou**
2	**Amputação do 2º, 3º, 4º e 5º dedos no nível da articulação metacarpo falangeana da mesma mão; ou**
3	**Amputação da falange distal do 1º dedo (polegar) simultaneamente com a amputação do 2º e 3º dedos, no nível da falange média ou proximal, da mesma mão.**
4	**Lesão traumática com perda total (100%) da função do nervo mediano de um dos membros superiores, necessariamente demonstrada por exame de eletroneuromiografia.**

6.3. Invalidez Permanente e Parcial por Acidente

6.3.1. Em caso de pagamento parcial do benefício, decorrente de invalidez permanente parcial motivado por uma ou mais situações discriminadas na respectiva tabela em um mesmo evento acidental, o capital segurado a ser pago na forma de indenização corresponderá à soma dos percentuais previstos para cada situação, limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado vigente.

6.3.2. Estão garantidas por esta cobertura as situações de invalidez permanente e parcial por acidente, conforme tabela a seguir:

Tabela 3
Situações para Invalidez Permanente por Acidente

Situações	% de indenização
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
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, excluindo o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
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	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbioperoneiros	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 1° (primeiro) dedo de um dos pés	10
Amputação de qualquer outro dedo de um dos pés	3
Perda total do uso de uma falange do 1° dedo de um dos pés	Indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do valor do respectivo dedo
Encurtamento de um dos membros inferiores: de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
Encurtamento de um dos membros inferiores: de 4 (quatro) centímetros	10
Encurtamento de um dos membros inferiores: de 3 (três) centímetros	6
Amputação total do nariz	25
Aparelho da Fonação - Perda total do palato mole e duro (ambos)	25
Sistema Auditivo - Amputação total de uma orelha	8
Sistema auditivo - Amputação total das duas orelhas	16
Perda do Baço	15
Aparelho Urinário - Bexiga - Cistostomia (definitiva)	30
Aparelho Urinário - Perda de um rim, com rim remanescente com função renal preservada	30
Aparelho Urinário - Perda ou redução da função renal (dialítica)	75
Aparelho Genital e Reprodutor - Perda de um testículo	6

Aparelho Genital e Reprodutor - Perda de dois testículos	20
Amputação traumática do pênis	40
Perda de um ovário	6
Perda de dois ovários	20
Perda do útero	40
Pescoço - Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Pescoço - Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Pescoço - traqueostomia definitiva	40
Aparelho Respiratório - Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total) com insuficiência respiratória	75
Mamas (femininas) - mastectomia unilateral	10
Mamas (femininas) - mastectomia bilateral	20
Abdômen (Órgãos e Vísceras) - Gastrectomia subtotal	20
Abdômen (Órgãos e Vísceras) - Gastrectomia total	40
Intestino Grosso - Colectomia total	40
Intestino - Colostomia definitiva ou ileostomia definitiva	40
Fígado - Lobectomia com insuficiência hepática	50
Síndrome Neurológicas - Epilepsia pós-traumática	20
Síndrome Neurológicas - Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

7.2. O Período de Vigência é de 5 anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro**. A idade máxima de saída será 75 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente.** Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de **70** anos.

7.3. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 14.4, 14.5 e 14.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição Especial cessa ainda:

i) Com o falecimento do Segurado;

j) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

k) Com a invalidez total por acidente do Segurado;

l) Se constada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

m) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 7.2 acima;

n) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura;

o) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado;

p) Quando o Segurado completar 75 anos.

9. VALOR DOS PRÊMIOS

9.1. O valor dos Prêmios referente a esta Condição Especial, estará previsto na Proposta de Contratação e na respectiva Apólice do Seguro.

9.2. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

9.3. Os Prêmios serão pagos, conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, no Período de Vigência definido em propostas e Apólice.

10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

10.1. Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 17 das Condições Gerais, seguem os elementos essenciais para a aferição e decisão sobre a existência de cobertura:

- **Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);**
- **Laudos, exames médicos e radiografias**

que comprovem a invalidez;

- **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 do Boletim de Ocorrência e CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se Acidente de Trabalho;**
- **Descrição detalhada do acidente assinada (caso não haja BO);**
- **Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o Segurado o condutor;**
- **Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado;**
- **Cópia do Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizada;**
- **Cópia do RG;**
- **Cópia do CPF;**
- **Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;**
- **Autorização para Pagamento em nome do Segurado (formulário padrão MetLife);**
- **Exame de eletroneuromiografia comprobatório, apenas nos casos de lesão traumática com perda 100% da função do nervo mediano.**

10.2. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

10.3. Se dentro do prazo mencionado no item 16 das Condições Gerais., devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado, outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr, a partir do dia útil seguinte a chegada do último documento solicitado.

10.4. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial – Cobertura Adicional de Cirurgias

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura garante ao(s) Beneficiário(s), durante o período de vigência do seguro, o pagamento do Capital Segurado Líquido quando o(a) Segurado(a) for submetido(a) a uma cirurgia coberta, **desde que o evento não decorra de riscos excluídos e sejam observadas as demais disposições desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.**

1.2. Durante a vigência desta cobertura adicional, o Capital Segurado e o Prêmio estarão sujeitos à correção monetária anual, nos termos previstos nas Condições Contratuais.

1.3. O Beneficiário desta cobertura é o(a) próprio(a) Segurado(a).

2. DEFINIÇÃO

2.1. Procedimento Cirúrgico: procedimento realizado para reparação de lesões, diagnóstico e cura de determinadas doenças e acidentes.

2.2. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item "Definições" das Condições Gerais deste Seguro.

2.3. A cobertura adicional de Cirurgias oferece proteção para 220 (duzentos e vinte) cirurgias, conforme item "Coberturas", distribuídos entre 12 (doze) especialidades médicas:

Especialidade	Quantidade de Cirurgias
Cirurgia do Aparelho Digestivo e Parede Abdominal	56
Cirurgia de Reconstrução	43
Cirurgia Cardíaca e Hemodinâmica	30
Cirurgia Urológica	21
Cirurgia Ortopédica	18
Cirurgia Torácica	15
Cirurgia Vascular e Linfática	10
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	9
Cirurgia Otorrinolaringológica	7
Neurocirurgia	7
Cirurgia Ginecológica	3
Cirurgia Pélvica	1

2.4. Esta cobertura possui 37 (trinta e sete) procedimentos com 30 (trinta) dias de carência e 183 (cento e oitenta e três) procedimentos com 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias de carência.

2.5. Nesta cobertura, é permitida apenas 1 (uma) indenização a cada 12 (doze) meses, a partir do início de vigência e após o período de carência.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Eventos causados pela não utilização, pelo(a) Segurado(a), de equipamentos de segurança exigidos por lei;

b) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;

c) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;

d) Procedimentos relacionados ou decorrentes de condições preexistentes ou congênitas conhecidas pela pessoa segurada e não declaradas durante a contratação do seguro;

e) Procedimentos com indicação prévia ao início de vigência da apólice;

f) Punções, em geral, por exemplo procedimentos para coleta de amostras biológicas, drenagem de líquidos ou realização de avaliação diagnóstica e terapêutica;

g) Citologias, em geral, ou seja, exames destinados à coleta e análise de células, a fim de identificar alterações morfológicas ou diagnosticar doenças;

h) Procedimentos diagnósticos e biópsias;

i) Procedimentos paliativos;

j) Procedimentos ambulatoriais;

k) Procedimentos não invasivos (exemplo: laser);

l) Procedimentos para doação de órgãos/tecidos nos quais o(a) Segurado(a) possui papel de doador;

m) Procedimentos estéticos, cosméticos, rejuvenescimento, emagrecimento plásticas e/ou reconstrutivas e quaisquer de suas complicações, exceto as decorrentes de acidente coberto pela apólice;

n) Procedimentos reparadores em lesões existentes anteriormente à contratação;

o) Procedimentos para ou decorrentes de calvície, obesidade e redução de peso;

p) Procedimentos de redesignação sexual;

q) Procedimentos relacionados à gestação/obstétricos, incluindo parto, cesariana, maternidade e abortamento (e suas complicações);

r) Procedimentos relacionados ou com finalidade de infertilidade, fertilidade, esterilização ou mesmo impotência sexual, doenças venéreas ou sexualmente transmissíveis, incluindo congelamento de óvulos;

s) Procedimentos odontológicos, inclusive gengivais e alveolares;

t) Procedimentos de diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;

u) Procedimentos para miopia, astigmatismo, presbiopia, hipermetropia ou catarata;

v) Procedimentos relacionados ao tratamento de condições restritas ao nariz, incluindo rinosinusite, sinusectomia, harmonização nasal, polipectomia, septoplastia ou desvio de septo nasal;

w) Procedimentos por acidentes que ocorreram fora do período de cobertura, mesmo que reparador ou por complicação;

x) Procedimentos experimentais ou que não são aprovados pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina;

y) Procedimentos realizados por técnicas de artroscopia ou tratamento cirúrgico necessário devido a utilização de procedimento de artroscopia;

z) Procedimentos relacionados ao tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e/ou causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), independentemente de quando foi adquirida.

4. COBERTURAS

4.1. Esta cobertura garante o pagamento de indenização a(o) Segurado(a) que se submeter a uma cirurgia decorrente de doença ou de acidente pessoal coberta, observados os períodos de carência designados para cada procedimento, conforme descrito na tabela “Cirurgias cobertas”, os riscos excluídos, os limites de idade e as demais condições previstas nesta cobertura.

4.2. A cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 100% (cem por cento) do capital segurado vigente.

4.3. Nesta cobertura, é permitida apenas 1 (uma) indenização a cada 12 (doze) meses, a partir do início de vigência e após o período de carência.

4.4. Quando a indenização paga for inferior a 100% (cem por cento) do capital segurado, ou seja, ainda que haja um valor remanescente, um novo procedimento somente poderá ser indenizado se realizado após o período de reintegração, dado o limite de indenizações por ano.

I. Os valores não utilizados não são acumulados ao longo do tempo, mesmo que a cobertura não tenha sido acionada.

4.5. No caso da realização de vários procedimentos durante o mesmo período de internação, será pago o valor correspondente à cirurgia de maior valor. Se os valores forem iguais, será pago apenas o valor relativo a uma cirurgia.

4.6. Um mesmo procedimento poderá ser realizado e indenizado mais de uma vez ao longo da vigência da apólice, desde que respeitada a regra do item “Reintegração do Capital Segurado”.

4.7. Estarão cobertas as cirurgias descritas a seguir:

Item	Cirurgias cobertas	Carência (dias)	% sobre o capital segurado a ser indenizado
CIRURGIA CARDÍACA E HEMODINÂMICA			
1	Aneurisma de aorta-torácica	30	100%
2	Bandagem da artéria pulmonar	365	100%
3	Cardiomioplastia	365	100%
4	Cirurgia multivalvar	365	100%
5	Implante de cardiodesfibrilador multissítio - TRC-D (gerador e eletrodos)	30	100%
6	Implante de marcapasso de câmera dupla epimiocárdico	30	50%
7	Implante transcateter de prótese valvar aórtica (TAVI)	365	100%
8	Revascularização do miocárdio	365	50%
9	Revascularização do miocárdio + cirurgia valvar	365	100%
10	Transplante cardíaco (receptor)	365	100%
11	Transplante cardiopulmonar (receptor)	365	100%
12	Troca valvar	365	100%
13	Ventriculectomia parcial - em coronariopatias	365	100%
14	Ablação percutânea por cateter para tratamento de arritmias cardíacas complexas (fibrilação atrial, taquicardia ventricular com modificação de cicatriz, taquicardias atriais macrorrentrantes com modificação de cicatriz), por energia de radiofrequência ou crioablação	365	50%
15	Ampliação do anel valvar	365	50%
16	Aneurisma de aorta abdominal infra-renal	365	50%
17	Aneurismas torácicos ou tóraco-abdominais	30	50%
18	Aneurismectomia de VE	30	50%
19	Broncoplastia e/ou arterioplastia por videotoracoscopia	365	50%
20	Broncotomia e/ou broncorrafia por videotoracoscopia	365	50%
21	Bulectomia unilateral por videotoracoscopia	365	50%
22	Cisto ou duplicação brônquica ou esofágica - tratamento cirúrgico por vídeo	365	50%
23	Comissurotomia valvar	365	50%
24	Correção cirúrgica da comunicação interventricular	30	50%
25	Correção de deformidades da parede torácica por vídeo	365	50%
26	Correção de fístula bronco-pleural (qualquer técnica)	365	50%
27	Correção de fístula bronco-pleural por videotoracoscopia	365	50%
28	Plastia valvar	365	50%
29	Recanalização arterial no IAM - angioplastia primária - com implante de stent com ou sem suporte circulatório (balão intra-órtico)	365	50%
30	Retirada de tumores intracardíacos	365	50%
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO			
31	Faringolaringectomia	365	100%
32	Glossectomia Total em Oncologia	30	50%
33	Laringectomia Total	365	50%
34	Parotidectomia total ampliada	365	100%
35	Parotidectomia total com reconstrução do nervo facial	365	100%
36	Parotidectomia total com sacrifício do nervo facial, sem reconstrução	365	100%
37	Pelviglossomandibulectomia	30	50%
38	Ressecção de glândula submandibular	365	100%
39	Tratamento Cirúrgico De Trauma Laríngeo (Agudo)	30	50%

Item	Cirurgias cobertas	Carência (dias)	% sobre o capital segurado a ser indenizado
	CIRURGIA DE RECONSTRUÇÃO		
40	Antebraço - transplantes cutâneos	365	50%
41	Autotransplante de dois retalhos cutâneos combinados, isolados e associados entre si, ligados por um único pedículo vascular	365	50%
42	Autotransplante de dois retalhos musculares combinados, isolados e associados entre si, ligados por um único pedículo	365	50%
43	Autotransplante de dois retalhos, um cutâneo combinado a retalho osteomuscular, isolados e associados entre si, ligados por um único pedículo vascular	365	50%
44	Autotransplante de dois retalhos, um cutâneo combinado a um muscular, isolados e associados entre si, ligados por um único pedículo vascular	365	50%
45	Autotransplante de epiplon	365	50%
46	Autotransplante de outros retalhos, isolados entre si, e associados mediante um único pedículo vascular comuns aos retalhos	365	50%
47	Autotransplante de três retalhos, um cutâneo separado, combinado a outros dois retalhos musculares isolados e associados, ligados por um único pedículo vascular	365	50%
48	Autotransplante de um testículo	365	50%
49	Axilar - transplantes cutâneos	365	50%
50	Couro cabeludo - transplantes cutâneos	365	50%
51	Deltopeitoral - transplantes cutâneos	365	50%
52	Digitais (da face volar e látero-cubital dos dedos médio e anular da mão) - transplantes cutâneos	365	50%
53	Dorsal do pé - transplantes cutâneos	365	50%
54	Escapular - transplantes cutâneos	365	50%
55	Grande dorsal (latissimus dorsi) - transplantes músculo-cutâneos com microanastomoses vasculares	365	50%
56	Inguino-cural - transplantes cutâneos	365	50%
57	Osteocutâneo de ilíaco	365	50%
58	Osteocutâneos de costela	365	50%
59	Osteomusculocutâneo de costela	365	50%
60	Outros transplantes ósseos e osteomusculocutâneos	365	50%
61	Reconstrução craniana ou craniofacial	365	100%
62	Reconstrução parcial da mandíbula com enxerto ósseo	30	50%
63	Reconstrução total de mandíbula com prótese e/ou enxerto ósseo	30	50%
64	Reconstrução total do lábio	30	50%
65	Ressecção em cunha de lábio e sutura	30	100%
66	Ressecção parcial de lábio com enxerto ou retalho	30	50%
67	Ressecção total de lábio e reconstrução com retalho miocutâneo	30	100%
68	Reto interno (gracilis) - transplantes musculares com microanastomoses vasculares	365	50%
69	Reto interno (gracilis) - transplantes músculocutâneos com microanastomoses vasculares	365	50%
70	Serrato maior (serratus) - transplantes musculares com microanastomoses vasculares	365	50%
71	Serrato maior (serratus) - transplantes músculocutâneos com microanastomoses vasculares	365	50%
72	Tensor da fáscia lata (tensor fáscia lata) - transplantes musculares com microanastomoses vasculares	365	50%

Item	Cirurgias cobertas	Carência (dias)	% sobre o capital segurado a ser indenizado
73	Tensor da fáscia lata (tensor fáscia lata) - transplantes músculo-cutâneos com microanastomoses vasculares	365	50%
74	Transplante articular de metatarsofalângica para a mão	365	50%
75	Transplante cutâneo com microanastomose	365	50%
76	Transplante de 2º pododáctilo para mão	365	50%
77	Transplante de dedos do pé para a mão	365	50%
78	Transplante de dois pododáctilos para a mão	365	50%
79	Transplante do 2º pododáctilo para o polegar	365	50%
80	Transplante do hallux para polegar	365	50%
81	Transplante miocutâneo com microanastomose	365	50%
82	Transplante ósseo vascularizado (microanastomose)	365	50%
CIRURGIA DO AP. DIGESTIVO E PAREDE ABDOMINAL			
83	Aneurisma de aorta abdominal suprarrenal	30	100%
84	Esofagectomia distal com ou sem toracotomia por videolaparoscópica	365	100%
85	Esvaziamento pélvico total por videolaparoscópica	365	100%
86	Hepatorrafia complexa com lesão de estruturas vasculares biliares por videolaparoscópica	30	100%
87	Implantação de shunt intra-hepático portossistêmico (TIPS) com stent não revestido	365	50%
88	Proctocolectomia total com reservatório ileal por videolaparoscópica	365	100%
89	Proctocolectomia total por videolaparoscópica	365	100%
90	Reconstrução do esôfago cervical e torácico com transplante segmentar de intestino	365	100%
91	Reconstrução do esôfago cervical ou torácico, com transplante de intestino	365	100%
92	Transplante hepático (receptor)	365	100%
93	Transplante pancreático (receptor)	365	100%
94	Transplante renal (receptor)	365	100%
95	Abdominal ou hipogástrico - transplantes cutâneos	365	50%
96	Amputação abdômino-perineal do reto (completa) por videolaparoscópica	365	50%
97	Atresia de vias biliares - tratamento cirúrgico	30	50%
98	Autotransplante com microcirurgia	365	50%
99	Cirurgia de abaixamento por videolaparoscópica	365	50%
100	Colectomia parcial com colostomia por videolaparoscópica	365	50%
101	Colectomia parcial sem colostomia por videolaparoscópica	365	50%
102	Colectomia total com íleo-reto-anastomose por videolaparoscópica	365	50%
103	Colectomia total com ileostomia por videolaparoscópica	365	50%
104	Correção laparoscópica de refluxo vesico-ureteral unilateral	365	50%
105	Desconexão ázigos - portal com esplenectomia por videolaparoscópica	365	50%
106	Desconexão ázigos - portal sem esplenectomia por videolaparoscópica	365	50%
107	Esofagectomia subtotal com linfadenectomia com ou sem toracotomia	365	50%
108	Esofagoplastia (coloplastia)	365	50%
109	Esofagorrafia torácica por videotoracoscopia	365	50%

Item	Cirurgias cobertas	Carência (dias)	% sobre o capital segurado a ser indenizado
110	Esplenectomia parcial por videolaparoscópica	30	50%
111	Esvaziamento pélvico anterior ou posterior por videolaparoscópica	365	50%
112	Exérese laparoscópica de cisto de vesícula seminal unilateral	365	50%
113	Extrofia em cloaca - tratamento cirúrgico	30	50%
114	Faringolaringoesofagectomia total	365	50%
115	Faringo-laringo-esofagectomia total com ou sem toracotomia	365	50%
116	Gastrectomia parcial com linfadenectomia por videolaparoscópica	365	50%
117	Gastrectomia total com linfadenectomia por videolaparoscópica	365	50%
118	Gastrectomia total via abdominal por videolaparoscópica	365	50%
119	Hérnia diafragmática - tratamento cirúrgico por vídeo	365	50%
120	Hipoglicemia – tratamento cirúrgico (pancreatotomia parcial ou total)	30	50%
121	Lobectomia hepática direita por videolaparoscópica	365	50%
122	Lobectomia hepática esquerda por videolaparoscópica	365	50%
123	Onfalocele/gastrosquise em 1 tempo ou primeiro tempo ou prótese - tratamento cirúrgico	30	50%
124	Pâncreas anular - tratamento cirúrgico por videolaparoscópica	365	50%
125	Pancreato-duodenectomia com linfadenectomia	365	50%
126	Proctocolectomia total com reservatório ileal	365	50%
127	Reimplante ureterointestinal laparoscópico unilateral	365	50%
128	Reimplante uretero-vesical laparoscópico unilateral	365	50%
129	Reintervenção sobre a transição esôfago gástrica por videolaparoscópica	365	50%
130	Ressecção de cisto hepático com hepatectomia por videolaparoscópica	365	50%
131	Ressecção de tumor de vesícula ou da via biliar com hepatectomia	365	50%
132	Ressecção do esôfago cervical e/ou torácico e transplante com microcirurgia	365	50%
133	Reto abdominal (rectus abdominis)	365	50%
134	Reto anterior (rectus femoris)	365	50%
135	Retossigmoidectomia abdominal por videolaparoscópica	365	50%
136	Substituição esofágica - cólon ou tubo gástrico	365	50%
137	Tratamento cirúrgico conservador do megaesôfago por videolaparoscópica	365	50%
138	Tratamento cirúrgico do divertículo esofágico por videotoracoscopia	365	50%
CIRURGIA GINECOLÓGICA			
139	Câncer de ovário (Debulking) laparoscópica	365	100%
140	Histerectomia total laparoscópica ampliada	365	50%
141	Histerectomia total laparoscópica com anexectomia uni ou bilateral	365	50%
CIRURGIA ORTOPÉDICA			
142	Artrodese cervical / cérvico torácica posterior quatro níveis	30	50%
143	Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico	365	50%

Item	Cirurgias cobertas	Carência (dias)	% sobre o capital segurado a ser indenizado
144	Artroplastia de ressecção do quadril (Girdlestone) - tratamento cirúrgico	365	50%
145	Costoplastia (osteoplastia ou discectomia percutânea - vertebroplastia e outras)	30	50%
146	Tratamento Cirúrgico De Fratura Luxação De Esterno Ou Costela	365	50%
147	Fraturas e/ou Luxações Do Anel Pélvico (com uma ou mais abordagens) - Tratamento Cirúrgico	365	50%
148	Fraturas de fíbula (inclui o descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico	30	50%
149	Reimplante de dois dedos da mão	30	50%
150	Reimplante de segmentos distais do membro superior, com ressecção segmentar	30	50%
151	Reimplante do membro inferior do nível médio proximal da perna até a coxa	30	50%
152	Reimplante do membro inferior do pé até o terço médio da perna	30	50%
153	Reimplante do membro superior nível transmetacarpiano até o terço distal do antebraço	30	50%
154	Reimplante do membro superior, do nível médio do antebraço até o ombro	30	50%
155	Reimplante do polegar	30	50%
156	Revisão de artroplastias de quadril com retirada de componentes e implante de prótese	365	50%
157	Sartório (sartorius)	365	50%
158	Semimembranoso (semimembranosus)	365	50%
159	Semitendinoso (semitendinosus)	365	50%
	CIRURGIA OTORRINOLARINGOLÓGICA		
160	Angiofibroma - ressecção transmaxilar e/ou transpalatina	365	50%
161	Procedimento cirúrgico de implante coclear unilateral (primeira implantação ou substituição)	365	50%
162	Ressecção do osso temporal	365	50%
163	Retroauricular (Transplantes Cutâneos Autólogos Com Ou Sem Microanastomoses Vasculares)	365	50%
164	Temporal (Transplantes Cutâneos Autólogos com ou sem Microanastomoses Vasculares)	365	50%
165	Tímpano-mastoidectomia	365	50%
166	Tumor do nervo acústico - ressecção via translabiríntica ou fossa média	365	50%
	CIRURGIA PÉLVICA		
167	Exenteração pélvica total em oncologia	365	50%
	CIRURGIA TORÁCICA		
168	Transplante pulmonar unilateral (receptor)	365	100%
169	Tromboendarterectomia pulmonar	30	50%
170	Cirurgia redutora do volume pulmonar unilateral (qualquer técnica)	365	50%
171	Cirurgia redutora do volume pulmonar unilateral por videotoracoscopia	365	50%
172	Descorticação pulmonar por videotoracoscopia	365	50%
173	Embolectomia pulmonar	30	50%
174	Lobectomia pulmonar por videotoracoscopia	365	50%
175	Metastasectomia pulmonar unilateral por videotoracoscopia	365	50%
176	Pneumonectomia de totalização	365	50%

Item	Cirurgias cobertas	Carência (dias)	% sobre o capital segurado a ser indenizado
177	Ressecção de mediastinofibrose	365	50%
178	Ressecção de tumor de mediastino por vídeo	365	50%
179	Ressecção de tumor traqueal por videotoracoscopia	365	50%
180	Timectomia por vídeo	365	50%
181	Tratamento da mediastinite por vídeo	365	50%
182	Tratamento operatório da hemorragia intrapleural por vídeo	30	50%
	CIRURGIA UROLÓGICA		
183	Autotransplante renal unilateral	365	100%
184	Cistectomia radical laparoscópica (inclui próstata ou útero)	365	100%
185	Nefrectomia parcial unilateral extracorpórea	365	100%
186	Nefrolitotripsia percutânea unilateral a laser	365	50%
187	Neobexiga laparoscópica	365	100%
188	Prostatavesiculectomia radical laparoscópica	365	100%
189	Reimplante do pênis	365	100%
190	Adrenalectomia laparoscópica unilateral	365	50%
191	Extrofia vesical - tratamento cirúrgico	30	50%
192	Fístula uretro-vaginal - correção cirúrgica	365	50%
193	Linfadenectomia mediastinal por vídeo	365	50%
194	Linfadenectomia retroperitoneal laparoscópica	365	50%
195	Nefrectomia parcial laparoscópica unilateral	365	50%
196	Nefrectomia radical laparoscópica unilateral	365	50%
197	Nefrectomia total unilateral por videolaparoscópica	365	50%
198	Nefroureterectomia com ressecção vesical laparoscópica unilateral	365	50%
199	Neobexiga cutânea continente	365	50%
200	Neobexiga retal continente	365	50%
201	Neobexiga uretral continente	365	50%
202	Pieloplastia laparoscópica unilateral	365	50%
203	Ureterorrenolitotripsia flexível a laser unilateral	365	50%
	CIRURGIA VASCULAR E LINFÁTICA		
204	Correção das dissecções da aorta	30	100%
205	Aneurismas rotos ou trombosados torácicos ou tóraco-abdominais	365	50%
206	Artéria mesentérica superior - qualquer técnica	365	50%
207	Enxerto interfascicular de nervo vascularizado	365	50%
208	Exploração vascular em traumas torácicos e abdominais	365	50%
209	Ligadura de ducto-torácico por vídeo	365	50%
210	Ponte aorto-bifemoral	365	50%
211	Pontes aorto-cervicais ou endarterectomias dos troncos supra-aórticos	365	50%
212	Revascularização do polegar ou outro dedo	30	50%
213	Tronco celíaco - qualquer técnica	365	50%
	NEUROCIRURGIA		
214	Implante intraventricular de bomba de infusão de fármacos	365	50%
215	Microcirurgia para tumores intracranianos	365	50%
216	Microcirurgia vascular intracraniana	365	100%
217	Microcirurgia do plexo braquial com a exploração, neurólise e enxertos interfasciculares para reparo das lesões	365	50%

Item	Cirurgias cobertas	Carência (dias)	% sobre o capital segurado a ser indenizado
218	Microcirurgia do plexo braquial com exploração e neurólise	365	50%
219	Tratamento cirúrgico da isquemia cerebral	365	50%
220	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares (tumor, malformações arteriovenosas, siringomielia, parasitoses)	365	50%

4.8. Cirurgias listadas como técnica videolaparoscópica ou toracoscopia, inclusive videotoracoscopia, quando realizadas por técnica aberta, poderão ser submetidas à avaliação da cobertura pela Seguradora, desde que haja equivalência técnica com cirurgia coberta e sejam observadas as demais condições desta cobertura.

5. PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA

5.1. Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos ocorridos a partir do prazo de carência, se houver, conforme disposto no item Coberturas. Eventos de causa acidental não terão carência.

5.2. Esta cobertura não possui franquia.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Condição Especial será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice do Seguro.

6.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

6.3. Para fins desta Condição Especial, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data de realização da cirurgia coberta.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado desta cobertura adicional será reintegrado a cada 12 (doze) meses.

7.2. Esta cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 100% (cem por cento) do capital segurado vigente.

7.3. A cobertura permite 1 (uma) indenização a cada 12 (doze) meses, a partir do início de vigência desta cobertura e após o período de carência.

7.4. Os valores não utilizados não são acumulados ao longo do tempo, mesmo que a cobertura não tenha sido acionada.

7.5. Mesmo que vários procedimentos sejam realizados durante o mesmo período de internação, será pago o valor correspondente à cirurgia de maior valor. Se os valores forem iguais, será pago apenas o valor relativo a uma cirurgia.

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

8.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

8.2. O Período de Vigência é de 5 (cinco) anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro. **A idade máxima de saída será 75 (setenta e cinco) anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 70 (setenta) anos.**

8.3. A cobertura poderá ser renovada, de acordo com eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo(a) Segurado(a) para cada vigência.

8.4. As coberturas adicionais, como essa, poderão não ser renovadas pelo(a) Segurado(a) ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

8.5. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o(a) Segurado(a) poderá manter essa cobertura adicional, mediante pagamento.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens "Inadimplência e Período de Tolerância", "Rescisão do Seguro" e "Cancelamento do Seguro" da cláusula "Prêmio do Seguro", nas Condições Gerais, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição Especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do(a) Segurado(a);

b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

c) **Se constada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito à Indenização ou Reembolso" das Condições Gerais;**

d) **No final do prazo de vigência desta Cobertura;**

e) **Com a solicitação expressa do(a) Segurado(a) do cancelamento desta cobertura;**

f) **Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado;**

g) **Quando o(a) Segurado(a) completar 75 (setenta e cinco) anos.**

10. VALOR DOS PRÊMIOS

10.1. O valor dos Prêmios referente a esta Condição Especial, estará previsto na Proposta de Contratação e na respectiva Apólice do Seguro.

10.2. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

10.3. Os Prêmios serão pagos, conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, no Período de Vigência definido em propostas e Apólice.

11. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

11.1. Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item "Indenização e Reembolso" das Condições Gerais, seguem os elementos essenciais para a aferição e decisão sobre a existência de cobertura:

- **Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);**
- **Relatório médico informando a data da cirurgia, tempo de internação e alta médica;**
- **Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) da(s) doença(s), com sua(s) data(s), tratamento(s) realizado(s), prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso, inclusive cirúrgicas, e sequelas decorrentes (temporárias e/ou permanentes);**
- **Todos os exames realizados, indicativos, para diagnóstico confirmativo da doença e tratamentos;**
- **Cópia do RG;**
- **Cópia do CPF;**
- **Cópia do comprovante de residência em nome do(a) Segurado(a);**
- **Autorização para Pagamento em nome do(a) Segurado(a) (formulário padrão MetLife).**

11.2. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo(a) Segurado(a) à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

11.3. Se dentro do prazo mencionado no item "Indenização e Reembolso" das Condições Gerais, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado, outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr, a partir do dia útil seguinte a chegada do último documento solicitado.

11.4. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial – Cobertura Adicional de Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado, durante o Período de Vigência, o pagamento do Capital Segurado Líquido em decorrência do diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto, ambos descritos no item 4, se, e somente se, o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do evento coberto, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.

2.DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item "Das Definições" das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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 Questionário de Avaliação de Risco, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do Seguro;

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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões e Acidentes Preexistentes omitidos voluntariamente pelo Segurado no Questionário de Avaliação de Risco, 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 resposta ao Questionário de Avaliação de Risco.

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelos Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.;

e) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

e.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo

representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

f.1) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 2.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos;

g) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.

4. COBERTURAS

4.1. Neoplasias Malignas (Câncer) – é uma proliferação celular anormal, sem controle e autônoma, com efeitos agressivos sobre o organismo. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame anatomopatológico conclusivo. Será considerada como a data do evento, o dia do resultado do exame anatomopatológico.

4.1.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Todas as neoplasias malignas não invasivas (in situ).**
- **O câncer da próstata abaixo do Estágio IIIA pela Classificação TNM publicado no site do Instituto Nacional de Câncer – INCA atualizado em 16/08/2023.**
- **Melanoma maligno classificado em estadiamento inferior a T2aN0M0, conforme os critérios do sistema TNM da AJCC (American Joint Committee on Cancer), 8ª edição, bem como todas as demais neoplasias da pele.**
- **Qualquer neoplasia maligna oriunda do Vírus da Imunodeficiência Humana, desde que ele tenha sido contraído antes da vigência do seguro.**
- **Neoplasias existentes antes da data efetiva da Apólice.**

4.2. Acidente Vascular Cerebral– infarto cerebral (diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) ou hemorragia cerebral que resultam em déficit neurológico permanente (distúrbio da fala, perda total de movimentos de membros - plegia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral deve ser confirmado por médico especialista e por meio de tomografia computadorizada ou ressonância magnética do crânio. Os sinais clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico. Será considerada como a data do evento o dia que ocorrer a sequela clínica ou a data do exame de imagem que comprove o diagnóstico.

4.2.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Ataque Isquêmico Transitório;**
- **Hemorragia cerebral causada por acidentes;**
- **Hemorragia cerebral causada por tumor do cérebro;**
- **Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;**
- **Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas e outras alterações vasculares benignas;**
- **Achado incidental de áreas de isquemia em exames de tomografia e ressonância magnética de crânio.**

4.3. Infarto Agudo do Miocárdio – é a morte das células do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de: história de dores torácicas típicas, alterações características de infarto do miocárdio no eletrocardiograma – ECG (supradesnivelamento do seguimento ST, formação de onda Q e inversão de onda T) e elevação das enzimas cardíacas (mioglobina, troponinas, CK-MB). Será considerada como a data do evento, o dia de realização dos exames acima mencionados.

4.3.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Angina de peito;**
- **Angina de decúbito; e**
- **Infarto do miocárdio sem supra desnivelamento de ST no eletrocardiograma e sem aumento de enzimas cardíacas.**

4.4. Cirurgia de Revascularização Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular (es) nas Artérias Coronarianas (Bypass) – realização de cirurgia

cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (Bypass) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e confirmada por médico especialista. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia.

4.4.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Angioplastia e outros procedimentos intra-arteriais;**

4.5. Insuficiência Renal Crônica Dialítica – estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise regular (peritoneal e hemodiálise) e/ou transplante renal. Será considerada como a data do evento, o dia do início da diálise.

4.5.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.**

4.6. Cirurgia para Transplante de Órgãos – cirurgia para transplante total de órgãos humanos em que o Segurado participa como receptor somente dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim e medula óssea. Será considerada como a data do evento, o dia da realização da cirurgia ou do procedimento de transplante.

4.6.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Implante de coração artificial;**
- **Transplante de quaisquer órgãos não humanos;**
- **Autotransplante de medula óssea;**
- **Transplante de células tronco;**
- **Transplante de ilhotas pancreáticas;**
- **Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão, exceto transplante de fígado.**

4.7. Diagnóstico de Grande Queimado - queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da superfície corporal do Segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas. Será considerada como a data do evento, o dia do início do diagnóstico.

4.7.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Queimaduras decorrentes de autoagressão.**

4.8. Doença 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 médico. Será considerada como a data do evento, o dia do início do diagnóstico.

4.8.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Doença de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos;**
- **Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença de Parkinson;**
- **Doença de Parkinson decorrente de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;**
- **Doença de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo.**

5.PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA

5.1. Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos ocorridos a partir de 90 (noventa) dias, contados do início da vigência do Seguro.

5.2. Não haverá carência nos casos em que a Doença Coberta for proveniente de Acidente Pessoal do Segurado ocorrido após o início da vigência do seguro.

5.3. O pagamento do Capital Segurado Líquido será condicionado ao Período de Franquia, sendo este a sobrevivência do Segurado de 30 (trinta) dias após a ocorrência do diagnóstico de uma doença

grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

6.CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

6.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

6.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico da doença grave ou da realização do procedimento médico cobertos, conforme definido no item 4 desta Condição Especial.

7.INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

7.2. O Período de Vigência é de 5 anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro. **A idade máxima de saída será 80 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 75 anos.**

7.3. A cobertura poderá ser renovada, de acordo com eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

7.4. As coberturas adicionais poderão não ser renovadas pelo Segurado ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

7.5. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento.

8.CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 14.4, 14.5 e 14.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do Segurado;

b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

c) Em caso de diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto;

d) Se constada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

e) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 7.2 acima;

f) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura;

g) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado.

h) Quando o segurado completar 80 anos de idade.

9.VALOR DOS PRÊMIOS

9.1. O valor dos Prêmios será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

9.2. Os Prêmios serão pagos no prazo de pagamento, previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 5 anos e prazo de pagamento máximo também de 5 anos.

10.DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

10.1. Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 17 das Condições Gerais, seguem os documentos essenciais e os documentos específicos descritos na Lista de Documentação por Tipo de Doença para a aferição e decisão sobre a existência de cobertura.

10.1.1. O Segurado ou seu beneficiário deverá apresentar os documentos, sendo obrigatória a entrega dos documentos básicos constantes da lista de Documentação Essencial e de todos os documentos específicos da lista de Documentação por Tipo de Doença que se apliquem à doença ou evento notificado.

10.2. Documentos Essenciais

- **Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);**
- **Relatório médico informando o(s)**

diagnóstico(s) das doenças, com sua(s) data(s), tratamento(s) realizado(s), prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso, inclusive cirúrgicas, e sequelas decorrentes (temporárias e/ou permanentes);

- **Todos os exames realizados indicativos e confirmativos da doença;**
- **Cópia do RG;**
- **Cópia do CPF;**
- **Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;**
- **Autorização para Pagamento em nome do Segurado (formulário padrão MetLife).**
- **Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.**

10.3. Documentos por tipo de Doença

Tipo de Doença	Documentos
Câncer (neoplasia):	Resultado da biópsia e do exame anatomopatológico
Infarto Agudo do Miocárdio	Resultado dos exames Eletrocardiograma, Enzimas Cardíacas, Ecocardiograma, Cintilografia Cardíaca
Angioplastia Coronária	Resultado do exame de angiografia com a Descrição do Procedimento de Angioplastia assinada pelo cardiologista responsável
Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronária)	Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável
Cirurgia de Válvula do Coração	Prontuário hospitalar e Relatório completo e detalhado da Cirurgia, devidamente assinado pelo cirurgião responsável e Resultado do Ecocardiograma
Cirurgia da Aorta	Prontuário Hospitalar e Relatório completo e detalhado da Cirurgia, devidamente assinado pelo cirurgião responsável
Derrame (Acidente Vascular Cerebral)	Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio
Doença de Alzheimer	Laudo médico de Neurologista e/ou Psiquiatra
Doença (ou mal) de Parkinson	Laudo médico de Neurologista
Esclerose Múltipla	Laudo médico de neurologista e Resultado da Eletroneuromiografia de membros inferiores e superiores
Coma	Laudo médico atestado por dois Neurologistas
Tumor Cerebral Benigno	Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio e exame Anatomopatológico
Danos Cerebrais Anatômicos	Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio
Distrofia Muscular	Laudo médico do Neurologista e resultado do exame Anatomopatológico
Doença do Neurônio Motor	Laudo médico atestado por dois Neurologistas e resultado da eletroneuromiografia dos quatros membros
Paralisia de Membros	Resultado da Ressonância Nuclear Magnética da área afetada e Eletroneuromiografia de membros inferiores
Perda de Membros	Resultado de exame de raio-x do membro afetado
Enfisema Pulmonar	Resultado da Prova de Função Pulmonar e Tomografia Computadorizada de Tórax
Insuficiência Renal Crônica	Resultado dos exames da função renal
Cegueira	Laudo médico de Oftalmologista e resultado de exames de acuidade visual e campimetria
Surdez	Laudo médico de Otorrinolaringologista e resultado do exame de BERA
Perda da Fala	Laudo médico de Otorrinolaringologista e resultado de exame de imagem de corda vocal
Queimadura de terceiro grau	Laudo médico de Cirurgião Plástico
Transplante de Órgãos	Prontuário Hospitalar com Relatório completo e detalhado da Cirurgia, devidamente assinado pelo cirurgião responsável

10.4. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

10.5. Se dentro do prazo mencionado no item 16 das Condições Gerais, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado.

10.6. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial – Cobertura Adicional de Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado, durante o Período de Vigência, o pagamento do Capital Segurado Líquido em decorrência do diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto, ambos descritos no item 4, se, e somente se, o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do evento coberto, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.

2.DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Das Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3.RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de 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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões e Acidentes Preexistentes omitidos voluntariamente pelo Segurado no Questionário de Avaliação de Risco, 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 resposta ao Questionário de Avaliação de Risco.

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelos Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura;

e) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

e.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

f.1) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 2.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos;

g) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.

4.COBERTURAS

4.1. Neoplasias Malignas (Câncer) – é uma proliferação celular anormal, sem controle e autônoma, com efeitos agressivos sobre o organismo. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame anátomopatológico conclusivo. Será considerada como a data do evento o dia do resultado do exame anátomo-patológico.

4.1.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Todas as neoplasias malignas não invasivas (in situ).**
- **O câncer da próstata abaixo do Estágio IIIA pela Classificação TNM publicado no site do Instituto Nacional de Câncer – INCA atualizado em 16/08/2023.**
- **Melanoma maligno classificado em estadiamento inferior a T2aN0M0, conforme os critérios do sistema TNM da AJCC (American Joint Committee on Cancer), 8ª edição, bem como todas as demais neoplasias da pele.**
- **Qualquer neoplasia maligna oriunda do Vírus da Imunodeficiência Humana, desde que ele tenha sido contraído antes da vigência do seguro.**
- **Neoplasias existentes antes da data efetiva da Apólice.**

4.2. Acidente Vascular Cerebral– infarto cerebral (diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) ou hemorragia cerebral que resultam em déficit neurológico permanente (distúrbio da fala, perda total de movimentos de membros - plegia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral deve ser confirmado por médico especialista e por meio de tomografia computadorizada ou ressonância magnética do crânio. Os sinais clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico. Será considerada como a data do evento o dia que ocorrer a sequela clínica ou a data do exame de imagem que comprove o diagnóstico.

4.2.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Ataque Isquêmico Transitório;**
- **Hemorragia cerebral causada por acidentes;**
- **Hemorragia cerebral causada por tumor do cérebro.**
- **Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;**
- **Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas e outras alterações vasculares benignas;**
- **Achado incidental de áreas de isquemia em exames de tomografia e ressonância magnética de crânio.**

4.3. Infarto Agudo do Miocárdio – é a morte das células do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de: história de dores torácicas típicas, alterações características de infarto do miocárdio no eletrocardiograma – ECG (supradesnivelamento do seguimento ST, formação de onda Q e inversão de onda T) e elevação das enzimas cardíacas (mioglobina, troponinas, CK-MB). Será considerada como a data do evento o dia de realização dos exames mencionados (eletrocardiograma, enzimas cardíacas).

4.3.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Angina de peito;**
- **Angina de decúbito; e**
- **Infarto do miocárdio sem supradesnivelamento de ST no eletrocardiograma e sem aumento de enzimas cardíacas.**

4.4. Cirurgia de Revascularização Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular (es) nas Artérias Coronarianas (Bypass) – realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (Bypass) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar

respaldada por exame de coronariografia e confirmada por um médico especialista. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia.

4.4.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Angioplastia e outros procedimentos intra-arteriais.**

4.5. Insuficiência Renal Crônica Dialítica – estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise regular (peritoneal e hemodiálise) e/ou transplante renal. Será considerada como a data do evento, o dia do início da diálise.

4.5.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.**

4.6. Cirurgia para Transplante de Órgãos – cirurgia para transplante total de órgãos humanos em que o Segurado participa como receptor somente dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim e medula óssea. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia ou do procedimento de transplante.

4.6.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Implante de coração artificial;**
- **Transplante de quaisquer órgãos não humanos;**
- **Autotransplante de medula óssea;**
- **Transplante de células tronco;**
- **Transplante de ilhotas pancreáticas;**
- **Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão, exceto transplante de fígado.**

4.7. Diagnóstico de Cegueira - ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 10 graus no melhor olho. Será considerada como a data do evento, o dia do diagnóstico.

4.7.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual.**
- **Cegueira de origem central (sistema nervoso central).**

4.8. Diagnóstico de Grande Queimado - queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície corporal do Segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas. Será considerada como a data do evento o dia do início do diagnóstico.

4.8.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Queimaduras decorrentes de autoagressão.**

4.9. Doença de Alzheimer - Doença caracterizada pela perda de neurônios, com a consequente perda da densidade sináptica e suas consequências, que deve atender a todos os seguintes critérios:

- Perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais (planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social;
- Alteração da personalidade;
- Declínio gradual e progressivo da função cognitiva;
- Ausência de distúrbio da consciência;
- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por exemplo: tomografia).

4.9.1. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico constante em relatório médico. A doença deve ter sido diagnosticada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas na doença de Alzheimer.

4.9.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Outros tipos de demência que não sejam diagnosticadas como Doença de Alzheimer.**

4.10. 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 inequívoco de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por médico neurologista inscrito em sociedade de especialidade médica e embasado pelos seguintes critérios.

- Lesões cerebrais específicas da esclerose múltipla detectadas na ressonância nuclear magnética;
- Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 (seis) meses;
- Tenha a pontuação igual ou maior do que 5,0 na Escala Expandida do Estado de Incapacidade de Kurtzke (EDSS);

4.10.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Doença na fase caracterizada por surtos de exacerbação-remissão.**
- **Doença com pontuação menor do que 5,0 na Escala Expandida do Estado de Incapacidade de Kurtzke (EDSS).**

4.11. Paralisia de Membros - perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia triplegia, tetraplegia), como resultado de acidente ou doença. Será considerada como a data do evento, o dia do diagnóstico.

4.11.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;**
- **Paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;**
- **A perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).**

4.12. Doença 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 médico. Será considerada como a data do evento o dia do início do diagnóstico.

4.12.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Doença de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos;**
- **Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença de Parkinson;**
- **Doença de Parkinson decorrente de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;**
- **Doença de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo.**

4.13. Cirurgia da Aorta - cirurgia convencional ou endovascular que visa corrigir qualquer doença da artéria aorta por excisão de uma parte doente desta artéria e substituição por enxerto ou utilização de endoprótese. Estará coberta a cirurgia da artéria aorta em sua porção torácica e abdominal, excluindo-se todos seus ramos. A cirurgia deve ser indicada por cirurgião cardíaco ou vascular, respaldado por exames apropriados. Será considerada como a data do evento, o dia da realização da cirurgia.

4.13.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Cirurgias ou procedimentos em ramos da artéria aorta.**

4.14. Cirurgia de Válvulas do Coração - cirurgia cardíaca convencional que visa recuperar ou substituir uma ou mais válvulas cardíacas, indicada por cirurgião cardíaco, respaldado por exames complementares apropriados. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia.

4.14.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **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.**

4.15. Diagnóstico de Surdez - perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos. Surdez ou Perda da Audição irreversível, total ou profunda, de ambos os ouvidos, causada por Acidente Pessoal coberto ou doença. O diagnóstico deve ser feito por médico otorrinolaringologista e evidenciado por exames audiológicos específicos (audiograma, potencial evocado auditivo do tronco cerebral, emissão otoacústica), obedecendo ao critério relacionado a seguir: limiares auditivos sensório-neurais maiores ou iguais a 90 dB (decibéis) em ambos os ouvidos, aferidos por audiograma, simultaneamente, nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

4.15.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Surdez decorrente de Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional (PAIRO);**
- **Doenças otorrinolaringológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da audição;**
- **Surdez de origem central (sistema nervoso central).**

5.PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA

5.1. Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos ocorridos a partir de 90 (noventa) dias, contados do início da vigência do Seguro.

5.2. Não haverá carência nos casos em que a Doença Coberta for proveniente de Acidente Pessoal do Segurado ocorrido após o início da vigência do seguro.

5.3. O pagamento do Capital Segurado Líquido será condicionado ao Período de Franquia, sendo este a sobrevivência do Segurado de 30 (trinta) dias após a ocorrência do diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

6.CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

6.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

6.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico da doença grave ou da realização do procedimento médico cobertos, conforme definido no item 4 desta Condição Especial.

7.INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

7.2. O Período de Vigência é de 5 anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro**. A idade máxima de saída será 80 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 75 anos.**

7.3. A cobertura poderá ser renovada, de acordo com eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

7.4. As coberturas adicionais poderão não ser renovadas pelo Segurado ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

7.5. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento.

8.CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 14.4, 14.5 e 14.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do Segurado;

b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

c) Em caso de diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto;

d) Se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

e) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 7.2 acima;

f) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura.

g) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado.

h) Quando o segurado completar 80 anos de idade.

9. VALOR DOS PRÊMIOS

9.1. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

9.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 5 anos e prazo de pagamento máximo também de 5 anos.

10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

10.1. Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 17 das Condições Gerais, seguem os documentos essenciais e os documentos específicos descritos na Lista de Documentação por Tipo de Doença para a aferição e decisão sobre a existência de cobertura.

10.1.1. O Segurado ou seu beneficiário deverá apresentar os documentos, sendo obrigatória a entrega dos documentos básicos constantes da lista de Documentação Essencial e de todos os documentos específicos da lista de Documentação por Tipo de Doença que se apliquem à doença ou evento notificado.

10.2. Documentos Essenciais

- **Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);**
- **Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) das doenças, com sua(s) data(s), tratamento(s) realizado(s), prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso, inclusive cirúrgicas, e sequelas decorrentes (temporárias e/ou permanentes);**
- **Todos os exames realizados indicativos e confirmativos da doença;**
- **Cópia do RG;**
- **Cópia do CPF;**
- **Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;**
- **Autorização para Pagamento em nome do Segurado (formulário padrão MetLife).**
- **Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.**

10.3. Documentos por tipo de Doença

Tipo de Doença	Documentos
Câncer (neoplasia):	Resultado da biópsia e do exame anatomopatológico
Infarto Agudo do Miocárdio	Resultado dos exames Eletrocardiograma, Enzimas Cardíacas, Ecocardiograma, Cintilografia Cardíaca
Angioplastia Coronária	Resultado do exame de angiografia com a Descrição do Procedimento de Angioplastia assinada pelo cardiologista responsável
Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronária)	Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável
Cirurgia de Válvula do Coração	Prontuário hospitalar e Relatório completo e detalhado da Cirurgia, devidamente assinado pelo cirurgião responsável e Resultado do Ecocardiograma
Cirurgia da Aorta	Prontuário Hospitalar e Relatório completo e detalhado da Cirurgia, devidamente assinado pelo cirurgião responsável
Derrame (Acidente Vascular Cerebral)	Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio
Doença de Alzheimer	Laudo médico de Neurologista e/ou Psiquiatra
Doença (ou mal) de Parkinson	Laudo médico de Neurologista
Esclerose Múltipla	Laudo médico de neurologista e

	Resultado da Eletroneuromiografia de membros inferiores e superiores
Coma	Laudo médico atestado por dois Neurologistas
Tumor Cerebral Benigno	Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio e exame Anatomopatológico
Danos Cerebrais Anatômicos	Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio
Distrofia Muscular	Laudo médico do Neurologista e resultado do exame Anatomopatológico
Doença do Neurônio Motor	Laudo médico atestado por dois Neurologistas e resultado da eletroneuromiografia dos quatros membros
Paralisia de Membros	Resultado da Ressonância Nuclear Magnética da área afetada e Eletroneuromiografia de membros inferiores
Perda de Membros	Resultado de exame de raio-x do membro afetado
Enfisema Pulmonar	Resultado da Prova de Função Pulmonar e Tomografia Computadorizada de Tórax
Insuficiência Renal Crônica	Resultado dos exames da função renal
Cegueira	Laudo médico de Oftalmologista e resultado de exames de acuidade visual e campimetria
Surdez	Laudo médico de Otorrinolaringologista e resultado do exame de BERA
Perda da Fala	Laudo médico de Otorrinolaringologista e resultado de exame de imagem de corda vocal
Queimadura de terceiro grau	Laudo médico de Cirurgião Plástico
Transplante de Órgãos	Prontuário Hospitalar com Relatório completo e detalhado da Cirurgia, devidamente assinado pelo cirurgião responsável

10.4. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

10.5. Se dentro do prazo mencionado no item 16 das Condições Gerais, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado.

10.6. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial – Cobertura Adicional de Doenças Graves Mais Proteção

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado, durante o Período de Vigência, o pagamento do Capital Segurado Líquido em decorrência do diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto, ambos descritos no item 4, se, e somente se, o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do evento coberto, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.

2.DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Das Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3.RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de 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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões e Acidentes Preexistentes omitidos voluntariamente pelo Segurado no Questionário de Avaliação de Risco, 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 resposta ao Questionário de Avaliação de Risco.

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelos Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura:

e) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

e.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

f.1) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 2.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos;

g) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.

4.COBERTURAS

4.1. A cobertura adicional de Doenças Graves Mais Proteção está agrupada em módulos de acordo com critérios de análise de risco, subscrição, aceitação e indenização, conforme indicado na tabela a seguir:

Doenças Graves Mais Proteção	
MÓDULOS	**DOENÇAS COBERTAS**
Módulo 1	• Câncer • Anemia Aplásica • Transplante de Medula Óssea
Módulo 2	• Infarto Agudo do Miocárdio • Lúpus Eritematoso Sistêmico • Cirurgia de Revascularização do Miocárdio • Cirurgia de Aorta • Cirurgia de Válvulas do Coração • Angioplastia • Transplante de Rim • Transplante de Coração • Insuficiência Renal Crônica Dialítica
Módulo 3	• Paralisia de Membros • Diagnóstico de Cegueira • Diagnóstico de Surdez • Esclerose Múltipla • Doença de Parkinson • Esclerose Lateral Amiotrófica • Perda da Fala • Acidente Vascular Cerebral • Doença de Alzheimer
Módulo 4	• Pancreatite Crônica • Hepatite Viral do Tipo C • Enfisema Pulmonar • Cirrose Hepática • Síndrome da Imunodeficiência Adquirida • Transplante de Fígado • Transplante de Pâncreas • Transplante de Pulmão
	• Transplante de Intestino • Transplante de Tecido • Grande Queimado

Módulo 1:

4.2. Neoplasias Malignas (Câncer) – é uma proliferação celular anormal, sem controle e autônoma, com efeitos agressivos sobre o organismo. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame anatomopatológico conclusivo. Será considerada como a data do evento o dia do resultado do exame anatomopatológico.

4.2.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Todas as neoplasias malignas não invasivas (in situ).**
- **O câncer da próstata abaixo do Estágio IIIA pela Classificação TNM publicado no site do Instituto Nacional de Câncer - INCA atualizado em 16/08/2023.**
- **Melanoma maligno classificado em estadiamento inferior a T2aN0M0, conforme os critérios do sistema TNM da AJCC (American Joint Committee on Cancer), 8ª edição, bem como todas as demais neoplasias da pele.**
- **Qualquer neoplasia maligna oriunda do Vírus da Imunodeficiência Humana, desde que ele tenha sido contraído antes da vigência do seguro.**
- **Neoplasias existentes antes da data efetiva da Apólice.**

4.3. Anemia Aplásica – Diagnóstico inequívoco de anemia aplásica, confirmado por médico hematologista e evidenciado pela histologia da medula óssea, que resulte em insuficiência grave da medula óssea, com anemia, neutropenia e trombocitopenia. Será considerada como a data do evento, o dia do início do diagnóstico. A doença deve ter sido tratada com transfusão de sangue e com pelo menos um dos seguintes itens:

- Medicamentos estimulantes da medula óssea.
- Imunossupressores.
- Transplante de medula óssea.

4.4. Transplante de Medula Óssea - Procedimento em que o Segurado participa exclusivamente como receptor de células precursoras da medula óssea originadas de doador humano (transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas). O procedimento deve ser indicado por médico oncohematologista com respaldo em exames complementares e deve ser

realizado por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas. Será considerada como a data do evento o dia da realização do procedimento de transplante.

4.4.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Autotransplante/Transplante autólogo/Transplante autogênico.**
- **Transplante de células-tronco embrionárias que não as hematopoiéticas.**
- **Transplantes de tecidos não especificados. –**
- **Transplantes de outros órgãos não especificados anteriormente.**

Módulo 2:

4.5. Infarto Agudo do Miocárdio – é a morte das células do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de: história de dores torácicas típicas, alterações características de infarto do miocárdio no eletrocardiograma – ECG (supradesnivelamento do seguimento ST, formação de onda Q e inversão de onda T) e elevação das enzimas cardíacas (mioglobina, troponinas, CK-MB). Será considerada como a data do evento o dia de realização dos exames mencionados (eletrocardiograma, enzimas cardíacas).

4.5.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Angina de peito;**
- **Angina de decúbito; e**
- **Infarto do miocárdio sem supradesnivelamento de ST no eletrocardiograma e sem aumento de enzimas cardíacas.**

4.6. Lúpus Eritematoso Sistêmico - O Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma doença crônica inflamatória de caráter autoimune, caracterizado por diversos sinais e sintomas, cujos desenvolvimentos dependem do local acometido pelo seu processo inflamatório. Será considerada como a data do evento, o dia do início do diagnóstico.

4.6.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Outras doenças autoimunes;**
- **Outros tipos de lúpus.**

4.7. Cirurgia de Revascularização Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular (es) nas Artérias Coronarianas (*Bypass*) – realização de cirurgia cardíaca para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (*Bypass)* na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e confirmada por um médico especialista. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia.

4.7.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Angioplastia e outros procedimentos intra-arteriais.**

4.8. Cirurgia da Aorta - cirurgia convencional ou endovascular que visa corrigir qualquer doença da artéria aorta por excisão de uma parte doente desta artéria e substituição por enxerto ou utilização de endoprótese. Estará coberta a cirurgia da artéria aorta em sua porção torácica e abdominal, excluindo-se todos seus ramos. A cirurgia deve ser indicada por cirurgião cardíaco ou vascular, respaldado por exames apropriados. Será considerada como a data do evento, o dia da realização da cirurgia.

4.8.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Cirurgias ou procedimentos em ramos da artéria aorta.**

4.9. Cirurgia de Válvulas do Coração - cirurgia cardíaca convencional que visa recuperar ou substituir uma ou mais válvulas cardíacas, indicada por cirurgião cardíaco, respaldado por exames complementares apropriados. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia.

4.9.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **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.

4.10. Angioplastia - procedimento cirúrgico realizado para corrigir o estreitamento ou obstrução de uma ou mais artérias coronárias utilizando um cateter específico chamado balão de angioplastia. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia.

4.11. Transplante de Rim – Segurado participa como receptor somente do rim. Será considerada a data do evento o dia da realização da cirurgia de transplante.

4.12. Transplante de Coração – Segurado participa como receptor somente do coração. Será considerada a data do evento o dia da realização da cirurgia de transplante

4.12.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Implante de coração artificial.**
- **Transplante de quaisquer órgãos não humanos.**
- **Transplante de células tronco.**

4.13. Insuficiência Renal Crônica Dialítica – estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise regular (peritoneal, hemodiálise) e/ou transplante renal. Será considerada como a data do evento, o dia do início do diagnóstico.

4.13.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.**

Módulo 3:

4.14. Paralisia de Membros - perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia triplegia, tetraplegia), como resultado de acidente ou doença. Será considerada como a data do evento, o dia do diagnóstico.

4.14.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória.**
- **Paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré.**
- **A perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).**

4.15. Diagnóstico de Cegueira - ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 10 graus no melhor olho. Será considerada como a data do evento, o dia do diagnóstico.

4.15.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual.**
- **Cegueira de origem central (sistema nervoso central).**

4.16. Diagnóstico de Surdez - perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos. Surdez ou Perda da Audição irreversível, total ou profunda, de ambos os ouvidos, causada por Acidente Pessoal coberto ou doença. O diagnóstico deve ser feito por médico otorrinolaringologista e evidenciado por exames audiológicos específicos (audiograma, evocado auditivo do tronco cerebral, emissão otoacústica), obedecendo ao critério relacionado a seguir: limiares auditivos sensório-neurais maiores ou iguais a 90 dB (decibéis) em ambos os ouvidos, aferidos por audiograma, simultaneamente, nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

4.16.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Surdez decorrente de Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional (PAIRO).**
- **Doenças otorrinolaringológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro**

e que acarretem redução progressiva da audição.

- **Surdez de origem central (sistema nervoso central).**

4.17. 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 inequívoco de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por médico neurologista inscrito em sociedade de especialidade médica e embasado pelos seguintes critérios**:**

- Lesões cerebrais específicas da esclerose múltipla detectadas na ressonância nuclear magnética;
- Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 (seis) meses;
- Tenha a pontuação igual ou maior do que 5,0 na Escala Expandida do Estado de Incapacidade de Kurtzke (EDSS);

4.17.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Doença na fase caracterizada por surtos de exacerbação-remissão.**
- **Doença com pontuação menor do que 5,0 na Escala Expandida do Estado de Incapacidade de Kurtzke (EDSS).**

4.18. Doença 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 médico. Será considerada como a data do evento o dia do início do diagnóstico.

4.18.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Doença de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos.**
- **Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença de Parkinson.**
- **Doença de Parkinson decorrente de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas.**
- **Doença de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo.**

4.19. Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) - Diagnóstico definitivo e inequívoco, confirmado por médico neurologista e apoiado por estudos de condução nervosa (NCS) e eletroneuromiografia (EMG). Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

4.19.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Qualquer outra forma de doença do neurônio motor.**
- **Neuropatia motora multifocal (NMM) e miosite por corpúsculos de inclusão.**
- **Síndrome pós-poliomielite (SPP).**
- **Atrofia muscular espinhal (AME).**
- **Polimiosite e dermatomiosite.**

4.20. Perda da fala – Perda total e irreversível da capacidade de falar causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença que afete diretamente a laringe ou os seus nervos, comprometendo a função das pregas vocais. Por total, entende-se a incapacidade de compreensão da maior parte das palavras emitidas (p.ex.: voz muito rouca, voz com volume irregular, fala arrastada, ritmo irregular ou anormal da fala). Por irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 180 dias após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (otorrinolaringologista ou cirurgião de cabeça e pescoço) e embasado por exames especializados**.** Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

4.20.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Mudança de tom, na produção e na qualidade da voz (disfonia, rouquidão).**
- **Perdas temporárias da voz decorrente de acidente ou doença.**

4.21. Acidente Vascular Cerebral– infarto cerebral (diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) ou hemorragia cerebral que resultam em déficit neurológico permanente (distúrbio da fala, perda total de movimentos de membros - plegia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral deve ser confirmado por médico especialista e por meio de tomografia computadorizada ou ressonância magnética do crânio. Os sinais clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico. Será considerada como a data do evento

o dia que ocorrer a sequela clínica ou a data do exame de imagem que comprove o diagnóstico.

4.21.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Ataque Isquêmico Transitório;**
- **Hemorragia cerebral causada por acidentes;**
- **Hemorragia cerebral causada por tumor do cérebro.**
- **Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro.**
- **Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas e outras alterações vasculares benignas.**
- **Achado incidental de áreas de isquemia em exames de tomografia e ressonância magnética de crânio.**

4.22. Doença de Alzheimer - Doença caracterizada pela perda de neurônios, com a consequente perda da densidade sináptica e suas consequências, que deve atender a todos os seguintes critérios:

- Perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais (planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social;
- Alteração da personalidade;
- Declínio gradual e progressivo da função cognitiva;
- Ausência de distúrbio da consciência;
- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por exemplo: tomografia).

4.22.1. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico constante em relatório médico. A doença deve ter sido diagnosticada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas na doença de Alzheimer.

4.22.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Outros tipos de demência que não sejam diagnosticadas como Doença de Alzheimer.**

Módulo 4:

4.23. Pancreatite crônica - Diagnóstico inequívoco de pancreatite crônica, confirmado por médico gastroenterologista e apoiado por exames de imagem e laboratoriais (por exemplo: elastase fecal), que demonstre a necessidade de reposição oral de enzimas pancreáticas e alterações funcionais metabólicas. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

4.23.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Pancreatite crônica devido ao uso de álcool ou drogas/ medicamentos.**
- **Pancreatite aguda.**

4.24. Hepatite viral do Tipo C - Hepatite: doença infecciosa aguda ou crônica do fígado, causada pelo vírus tipo C. Esta cobertura, garante ao Segurado, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Hepatite C, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

4.24.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Todas as outras causas não virais de insuficiência hepática aguda (incluindo intoxicação por paracetamol ou aflatoxina).**
- **Hepatite viral fulminante associada ao uso de drogas/medicamentos intravenosos.**
- **Todas os outros tipos de hepatites virais.**

4.25. Enfisema Pulmonar - Diagnóstico inequívoco de doença enfisematosa pulmonar grave com insuficiência respiratória crônica, que deve obrigatoriamente estar em uso de oxigenioterapia suplementar intermitente. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

4.26. Cirrose Hepática - Ocorre quando o fígado entra em insuficiência grave após ser substituído por tecido cicatricial secundário a processos inflamatórios recorrentes no órgão. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

4.26.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Esteatose hepática ou fígado gorduroso.**

4.27. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) - Doença infectocontagiosa causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (também chamado de HIV). Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

4.27.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Portadores do HIV que não desenvolveram a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.**
- **Portadores do HIV positivo sem doenças oportunistas relacionadas.**

4.28. Transplante de Fígado – Segurado participa como receptor somente do fígado. Será considerada como data do evento o dia da realização da cirurgia de transplante.

4.29. Transplante de Pâncreas – Segurado participa como receptor somente do pâncreas. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia de transplante.

4.30. Transplante de Pulmão – Segurado participa como receptor somente do pulmão. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia de transplante.

4.31. Transplante de Intestino – Segurado participa como receptor somente do intestino. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia de transplante.

4.32. Transplante de Tecido– Segurado participa como receptor somente do tecido. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia de transplante.

4.33. Diagnóstico de Grande Queimado - queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície corporal do Segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado por resultados da tabela de Lund Browder ou por um cálculo equivalente de áreas corporais queimadas. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

4.33.1. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Queimaduras de primeiro ou segundo grau.**
- **Queimaduras decorrentes de autoagressão.**

5.PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA

5.1. Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos ocorridos a partir de 90 (noventa) dias, contados do início da vigência do Seguro.

5.2. Não haverá carência nos casos em que a Doença Coberta for proveniente de Acidente Pessoal do Segurado ocorrido após o início da vigência do seguro.

5.3. O pagamento do Capital Segurado Líquido será condicionado ao Período de Franquia, sendo este a sobrevivência do Segurado de 30 (trinta) dias após a ocorrência do diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

6.CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

6.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

6.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico da doença grave ou da realização do procedimento médico cobertos, conforme definido no item 4 desta Condição Especial.

6.4. A emissão desta cobertura opcional com quatro módulos possibilita o pagamento de até três sinistros de módulos contratados diferentes, desde que sejam respeitadas as carências e exclusões previstas.

6.5. A emissão desta cobertura opcional com três módulos possibilita o pagamento de dois sinistros de módulos contratados diferentes, desde que sejam respeitadas as carências e exclusões previstas.

6.6. A emissão desta cobertura opcional é de no mínimo dois módulos e possibilita o pagamento de um sinistro de um dos módulos contratados, desde que sejam respeitadas as carências e exclusões previstas.

7.INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

7.2. O Período de Vigência é de 5 anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro**. A idade máxima de saída será 80 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 75 anos.**

7.3. A cobertura poderá ser renovada, de acordo com eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

7.4. As coberturas adicionais poderão não ser renovadas pelo Segurado ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

7.5. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 14.4, 14.5 e 14.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do Segurado;

b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

c) Se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

d) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 7.2 acima;

e) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura.

f) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado;

g) Quando o segurado completar 80 anos de idade; ou

h) Quando restar 1 módulo após o sinistro.

9. VALOR DOS PRÊMIOS

9.1. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

9.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 5 anos e prazo de pagamento máximo também de 5 anos.

10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

10.1. Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 17 das Condições Gerais, seguem os documentos essenciais e os documentos específicos descritos na Lista de Documentação por Tipo de Doença para a aferição e decisão sobre a existência de cobertura.

10.1.1. O Segurado ou seu beneficiário deverá apresentar todos os documentos relacionados nas duas listas, sendo obrigatória a entrega dos documentos básicos constantes da lista de Documentação Essencial e de todos os documentos específicos da lista de Documentação por Tipo de Doença que se apliquem à doença ou evento notificado.

10.2. Documentos Essenciais

- **Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);**
- **Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) das doenças, com sua(s) data(s), tratamento(s) realizado(s), prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso, inclusive cirúrgicas, e sequelas decorrentes (temporárias e/ou permanentes);**
- **Todos os exames realizados indicativos e confirmativos da doença;**
- **Cópia do RG;**
- **Cópia do CPF;**
- **Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;**
- **Autorização para Pagamento em nome do Segurado (formulário padrão MetLife).**
- **Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.**

10.3. Documentos por tipo de Doença

Tipo de Doença	Documentos
Câncer (neoplasia):	Resultado da biópsia e do exame anatomopatológico
Infarto Agudo do Miocárdio	Resultado dos exames Eletrocardiograma, Enzimas Cardíacas, Ecocardiograma, Cintilografia Cardíaca
Angioplastia Coronária	Resultado do exame de angiografia com a Descrição do

	Procedimento de Angioplastia assinada pelo cardiologista responsável
Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronária)	Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável
Cirurgia de Válvula do Coração	Prontuário hospitalar e Relatório completo e detalhado da Cirurgia, devidamente assinado pelo cirurgião responsável e Resultado do Ecocardiograma
Cirurgia da Aorta	Prontuário Hospitalar e Relatório completo e detalhado da Cirurgia, devidamente assinado pelo cirurgião responsável
Derrame (Acidente Vascular Cerebral)	Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio
Doença de Alzheimer	Laudo médico de Neurologista e/ou Psiquiatra
Doença (ou mal) de Parkinson	Laudo médico de Neurologista
Esclerose Múltipla	Laudo médico de neurologista e Resultado da Eletroneuromiografia de membros inferiores e superiores
Coma	Laudo médico atestado por dois Neurologistas
Tumor Cerebral Benigno	Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio e exame Anatomopatológico
Danos Cerebrais Anatômicos	Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio
Distrofia Muscular	Laudo médico do Neurologista e resultado do exame Anatomopatológico
Doença do Neurônio Motor	Laudo médico atestado por dois Neurologistas e resultado da eletroneuromiografia dos quatros membros
Paralisia de Membros	Resultado da Ressonância Nuclear Magnética da área afetada e Eletroneuromiografia de membros inferiores
Perda de Membros	Resultado de exame de raio-x do membro afetado
Enfisema Pulmonar	Resultado da Prova de Função Pulmonar e Tomografia Computadorizada de Tórax
Insuficiência Renal Crônica	Resultado dos exames da função renal
Cegueira	Laudo médico de Oftalmologista e resultado de exames de acuidade visual e campimetria
Surdez	Laudo médico de Otorrinolaringologista e resultado do exame de BERA
Perda da Fala	Laudo médico de Otorrinolaringologista e resultado de exame de imagem de corda vocal
Queimadura de terceiro grau	Laudo médico de Cirurgião Plástico
Transplante de Órgãos	Prontuário Hospitalar com Relatório completo e detalhado da Cirurgia, devidamente assinado pelo cirurgião responsável

10.4. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

10.5. Se dentro do prazo mencionado no item 17.1.8., devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado.

10.6. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial – Cobertura Adicional Diária de Internação Hospitalar

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado, durante o Período de Vigência, o pagamento da diária de Internação Hospitalar, somente se o Segurado permanecer por 5 (cinco) dias ou mais em Hospital ou Clínica Especializada, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.

1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o Período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis de 200 (duzentas) diárias por ano, totalizando 1000 (mil) diárias durante a vigência desta cobertura.

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.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Das Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de 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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões e Acidentes Preexistentes omitidos voluntariamente pelo Segurado no Questionário de Avaliação de Risco, 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 resposta ao Questionário de Avaliação de Risco.

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelos Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura;

e) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

e.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se

aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

f.1) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 2.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos;

g) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.

3.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1. e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal constante nas Condições Gerais, estão também excluídos da Cobertura desta Condição Especial, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Procedimento relacionado à gravidez tópica ou ectópica, parto ou aborto, exceto em caso de Acidente Pessoal;

b) Procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade; infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, 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, não reconhecidos pelo Ministério da Saúde e/ou Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;

e) Tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências, mesmo em decorrência de Acidente Pessoal;

f) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento;

g) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) exceto as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de Acidente Pessoal ocorrido durante a vigência do seguro;

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 preventivo; internação para doação de órgãos;

k) Doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o "estresse".

l) Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados a tentativa de suicídio ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos da data de Início de Vigência do seguro, ou atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;

m) Tratamento e/ou cirurgia de hérnias de qualquer natureza, exceto em caso de Acidente Pessoal;

n) Tratamento cirúrgico devido a artroscopia e desvio de septo nasal;

o) Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;

p) Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;

q) Angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares);

r) Internação domiciliar, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal;

s) Investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;

t) **Qualquer classe de neoplasia maligna (Câncer) sem invasão ou "in situ" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão;**

u) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com estes, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo.**

v) **Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;**

4.PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA

4.1. Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos ocorridos a partir de 90 (noventa) dias, contados do início da vigência do Seguro.

4.2. Não haverá carência nos casos em que a Internação Hospitalar for proveniente de Acidente Pessoal do Segurado ocorrido após o início da vigência do seguro.

4.3. Para esta **garantia há aplicação de um Período de Franquia de 4 (quatro) dias ininterruptos de internação, ou seja, há direito à cobertura apenas a partir de 5 (cinco) dias ininterruptos de internação, independente do horário de internação ou alta médica indicados no prontuário médico.**

4.4. A partir do 5º (quinto) dia de internação o Segurado passa a ter direito ao benefício, sendo pagas, inclusive, diárias retroativas ao Período de Franquia aplicado.

5.CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

5.2. O Capital Segurado estabelecido corresponde à diária de internação e independe de quaisquer despesas médicas ou não realizadas pelo Segurado.

5.3. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

5.4. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Internação Hospitalar e/ou a data da Internação Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

6.INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

6.2. O Período de Vigência é de 5 anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro. A idade máxima de saída será 80 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 75 anos.

6.3. A cobertura poderá ser renovada, de acordo com eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

6.4. As coberturas adicionais poderão não ser renovadas pelo Segurado ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

6.5. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento.

7.CESSAÇÃO DA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 14.4, 14.5 e 14.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) **Com o falecimento do Segurado;**

b) **Com o cancelamento da Cobertura Básica;**

c) **Com o pagamento total de diárias permitidas por vigência;**

d) **Se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;**

e) **No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 6.2 acima;**

f) **Com a solicitação expressa do Segurado para o cancelamento desta cobertura.**

g) **Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para**

h) **Benefício Prolongado;**

i) **Quando o segurado completar 80 anos de idade.**

8. VALOR DOS PRÊMIOS

8.1. O valor dos Prêmios será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

8.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento, previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 5 anos e prazo de pagamento máximo também de 5 anos.

9. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

9.1. Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 17 das Condições Gerais, seguem os elementos essenciais para a aferição e decisão sobre a existência de cobertura.

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante devidamente assinado pelo médico responsável com carimbo e CRM;
- Declaração em papel timbrado do Hospital, assinada por seu representante legal, indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, se ocorrida, mencionando períodos de enfermaria e UTI além do motivo de internação;
- Cópia dos exames realizados;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;
- Autorização para Pagamento em nome do Segurado (formulário padrão MetLife).

9.2. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

9.3. Se dentro do prazo mencionado no item 17.1.8., devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado.

9.4. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial – Doenças Incapacitantes Ampliada

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado durante o Período de Vigência, o pagamento de uma indenização em caso de incapacidade temporária causada exclusivamente por doença coberta, comprovada por laudo médico, exceto se decorrente de Riscos Excluídos) observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.

1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas respeitando-se os Períodos de Carência e Franquia constantes das apólices individuais.

1.3. Quando devida a indenização desta cobertura é calculada multiplicando-se o capital contratado pelo percentual indicado na Tabela de Doenças Cobertas e Percentuais de Capital desta cláusula.

1.4. As Indenizações decorrentes de eventos por Doenças Graves e Doenças Incapacitantes Ampliada não se acumulam. Será considerado para efeito de indenização o capital segurado de maior valor.

2.DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Das Definições” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Incapacidade Temporária: para fins desta Condição Especial é um estado de incapacidade física decorrente de doença, atestado por laudo médico assinado e carimbado em função de lesões físicas decorrentes de doenças constantes da Tabela de Doenças Cobertas e Percentuais de Cobertura, constante no item 6 desta cláusula, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições desta Cláusula e as constantes das Condições Gerais.

2.3. Quando devida a indenização será paga de acordo com a doença diagnosticada, aplicando-se o percentual de referência sobre o Capital Total contratado.

2.4. Doenças não previstas na Tabela não terão cobertura.

2.5. Em caso de Doença Crônica, apenas o primeiro diagnóstico que gere afastamento terá cobertura. Incapacidades decorrentes de doenças crônicas de prévio conhecimento do segurado não terão cobertura.

2.6. Haverá carência de 6 meses em caso de ocorrência de doenças distintas e de 12 meses em caso de ocorrência da mesma doença, já indenizada, constante na Tabela de Doenças Cobertas.

3.RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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 Questionário de Avaliação de Risco, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do Seguro;

b) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.

3.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1. constante nas Condições Gerais, estão também excluídos da Cobertura desta Condição Especial, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

c) Gravidez aborto, parto ou pós-parto, com exceção de parto complicado e morte intrauterina, conforme especificado na lista de coberturas;

d) Segurados não considerados elegíveis a Indenização, conforme item 2.

e) Qualquer doença ou lesão não incluída na lista de coberturas.

f) Incapacidade temporária decorrente de internações para tratamento e reabilitação em regime ambulatorial ou hospitalar de alcoolismo, tabagismo, toxicodependência e outras dependências, bem como patologias derivadas do consumo continuado de álcool e/ou outras drogas.

g) Segurados cujas atividades sejam: políticos (senadores, parlamentares, governadores, funcionários do governo); magistrados; guarda-costas, comerciantes de armas, negócios relacionados a casas de câmbio;

missionários, jornalistas de alto nível, atletas ou equipes esportivas profissionais.

h) Doenças preexistentes

4.PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA

4.1. Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos ocorridos a partir de 60 (sessenta) dias, contados do início da vigência do Seguro.

4.2. O pagamento do Capital Segurado Líquido será condicionado ao Período de Franquia de acordo com a doença, conforme apresentado no item 6 dessa condição especial. **Estarão cobertos os afastamentos decorrentes de eventos cobertos após o cumprimento do número de dias de franquia.**

4.3. A partir do dia subsequente ao período cumprido da franquia, o Segurado passa a ter direito ao benefício, sendo pago, inclusive, o capital retroativo ao Período de Franquia.

5.CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado representa o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto, vigente na data do evento e será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

5.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

5.3. O percentual de capital calculado no momento da indenização varia de acordo com a gravidade da doença.

5.4. Quando devida, a indenização desta cobertura é calculada multiplicando-se o capital contratado pelo percentual indicado na Tabela de Doenças Cobertas e Percentuais de Capital desta cláusula.

5.5. Para fins desta cláusula, considera-se data do evento, a data do laudo médico que atesta a doença.

6.TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE DOENÇAS INCAPACITANTES AMPLIADA

Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização e Franquia		
Doenças Crônicas Cobertas	**Franquia**	**% de cobertura**
Doenças Infecciosas e Parasitárias		
Febre reumática com envolvimento cardíaco	-	40%
Fascite necrosante	-	100%
Infecção da coluna	-	100%
Neoplasias		
Mieloma múltiplo	-	100%
Neoplasia maligna de células plasmáticas	-	100%
Doenças do Sangue		
Anemia aplástica	-	100%
Síndromes de insuficiência da medula óssea	-	100%
Leucemia	-	100%
Linfoma	-	100%
Doenças do Sistema Nervoso		
Hidrocefalia	-	40%
Tumores benignos intracranianos	-	40%
Esclerose múltipla	-	40%
Miastenia grave	-	40%
Doenças da raiz nervosa e do plexo que requerem cirurgia e hospitalização	72 horas	40%
Infarto cerebral	-	100%
Doenças do Sistema Circulatório		

Aneurisma de coração	-	40%
Aneurisma artérias coronárias	-	40%
Ponte de safena	-	40%
Doenças do Sistema Respiratório		
Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação (aguda)	-	40%
Gravidez, Parto, Puerpério		
Trombose venosa cerebral na gravidez	-	100%
Doenças do Sistema Digestivo		
Varizes esofágicas com sangramento	-	100%
Hepatite com coma hepático	-	100%
Doenças da Pele		
Dermatopolimiosite	-	40%
Distúrbios dos tecidos moles que requerem cirurgia e hospitalização	72 horas	40%
Esclerose sistêmica (esclerodermia)	-	100%
Doenças do Sistema Ósteo-Muscular		
Escoliose com tratamento cirúrgico e hospitalização	72 horas	20%
Lesões no ombro que requerem cirurgia e hospitalização	72 horas	20%
Entesopatias que requerem cirurgia e hospitalização	72 horas	20%
Ciática com tratamento cirúrgico e hospitalização	72 horas	20%
Distúrbios articulares que requerem cirurgia e hospitalização	72 horas	40%
Cifose com tratamento cirúrgico e hospitalização	72 horas	40%
Lordose com tratamento cirúrgico e hospitalização	72 horas	40%
Osteomielite	-	40%
Osteonecrose	-	40%
Distúrbios da coluna com tratamento cirúrgico e hospitalização	72 horas	40%

DEMAIS DOENÇAS COBERTAS	Franquia	% de cobertura
Doenças Infecciosas e Parasitárias		
Dengue hemorrágica	-	40%
Abscesso granuloma	-	100%
Meningite	-	100%
Sepse	-	100%
Neoplasias		
Carcinoma in situ	-	20%
Tumor maligno	-	100%
Doenças do Sistema Nervoso		
Hemorragia cerebral com hospitalização	72 horas	100%
Encefalite	-	100%
Mielite	-	100%
Encefalomielite	-	100%
Abscesso intracraniano	-	100%
Abscesso intraespinhal	-	100%
Flebite intracraniana	-	100%

Flebite intraespinhal	-	100%
Tromboflebite intracraniana	-	100%
Tromboflebite intraespinhal	-	100%
Doenças do Sistema Circulatório		
Trombose venosa profunda aguda	-	20%
Aneurisma de aorta	-	40%
Endocardite	-	40%
Miocardite	-	40%
Pericardite	-	40%
Insuficiência cardíaca aguda	-	100%
Insuficiência cardíaca subaguda	-	100%
Infarto agudo do coração	-	100%
Dissecção arterial	-	100%
Embolia arterial e trombose	-	100%
Dissecção da aorta	-	100%
Doenças do Sistema Respiratório		
Tuberculose	-	20%
Embolia pulmonar	-	40%
Abscesso do pulmão	-	100%
Abscesso do mediastino	-	100%
Gravidez, Parto, Puerpério		
Hiperêmese gravídica com distúrbio metabólico	-	20%
Hipertensão	-	40%
Complicação da gravidez: Distúrbios placentários	-	40%
Complicação da gravidez: Hemorragia obstétrica	-	100%
Doenças do Sistema Digestivo		
Apendicite aguda com peritonite	-	40%
Pancreatite aguda	-	40%
Insuficiência hepática aguda	-	100%
Insuficiência hepática subaguda	-	100%
Úlcera gástrica aguda com hemorragia e/ou perfuração	-	100%
Distúrbios vasculares agudos do intestino	-	100%
Síndrome de laceração-hemorragia gastresofágica	-	100%
Hérnia com gangrena	-	100%
Enfarto do fígado	-	100%
Perfuração do esôfago	-	100%
Doenças do Aparelho Genito-urinário		
Insuficiência renal aguda	-	40%
Doenças da Pele		
Síndrome de Stevens-Johnson	-	100%
Necroses epidérmica toxica (Lyell)	-	100%

7. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

7.1. Este seguro abrange os eventos ocorridos em território nacional ou condição originada em visita de menos de 3 (três) meses fora do território nacional.

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

8.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

8.2. O Período de Vigência é de 5 anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro. A idade máxima de saída será 80 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 75 anos.

8.3. A cobertura poderá ser renovada, de acordo com eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

8.4. As coberturas adicionais poderão não ser renovadas pelo Segurado ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

8.5. Ainda que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 14.4, 14.5 e 14.6 **das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:**

a) Com o falecimento do Segurado;

b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

c) Se constada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

d) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 6.2 acima;

e) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura;

f) Quando o segurado completar 80 anos de idade.

10. VALOR DOS PRÊMIOS

10.1. Os valores do Capital Segurado e do Prêmio serão atualizados monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

10.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 5 anos e prazo de pagamento máximo também de 5 anos.

11. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

11.1. Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 17 das Condições Gerais, seguem os documentos essenciais e os documentos específicos descritos na Lista de Documentação por Tipo de Doença para a aferição e decisão sobre a existência de cobertura.

11.1.1. O Segurado ou seu beneficiário deverá apresentar todos os documentos relacionados nas duas listas, sendo obrigatória a entrega dos documentos básicos constantes da lista de Documentação Essencial e de todos os documentos específicos da lista de Documentação por Tipo de Doença que se apliquem à doença ou evento notificado.

11.2. Documentos Essenciais

- **Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);**
- **Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) das doenças, com sua(s) data(s), tratamento(s) realizado(s), prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso, inclusive cirúrgicas, e sequelas decorrentes (temporárias e/ou permanentes);**
- **Todos os exames realizados indicativos e confirmativos da doença;**
- **Cópia do RG;**
- **Cópia do CPF;**
- **Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;**

- **Autorização para Pagamento em nome do Segurado (formulário padrão MetLife).**
- **Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.**

11.3. Documentos por tipo de Doença

Tipo de Doença	Documentos
Câncer (neoplasia):	Resultado da biópsia e do exame anatomopatológico
Infarto Agudo do Miocárdio	Resultado dos exames Eletrocardiograma, Enzimas Cardíacas, Ecocardiograma, Cintilografia Cardíaca
Angioplastia Coronária	Resultado do exame de angiografia com a Descrição do Procedimento de Angioplastia assinada pelo cardiologista responsável
Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronária)	Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável
Cirurgia de Válvula do Coração	Prontuário hospitalar e Relatório completo e detalhado da Cirurgia, devidamente assinado pelo cirurgião responsável e Resultado do Ecocardiograma
Cirurgia da Aorta	Prontuário Hospitalar e Relatório completo e detalhado da Cirurgia, devidamente assinado pelo cirurgião responsável
Derrame (Acidente Vascular Cerebral)	Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio
Doença de Alzheimer	Laudo médico de Neurologista e/ou Psiquiatra
Doença (ou mal) de Parkinson	Laudo médico de Neurologista
Esclerose Múltipla	Laudo médico de neurologista e Resultado da Eletroneuromiografia de membros inferiores e superiores
Coma	Laudo médico atestado por dois Neurologistas
Tumor Cerebral Benigno	Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio e exame Anatomopatológico
Danos Cerebrais Anatômicos	Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio
Distrofia Muscular	Laudo médico do Neurologista e resultado do exame Anatomopatológico
Doença do Neurônio Motor	Laudo médico atestado por dois Neurologistas e resultado da eletroneuromiografia dos quatros membros
Paralisia de Membros	Resultado da Ressonância Nuclear Magnética da área afetada e Eletroneuromiografia de membros inferiores
Perda de Membros	Resultado de exame de raio-x do membro afetado
Enfisema Pulmonar	Resultado da Prova de Função Pulmonar e Tomografia Computadorizada de Tórax
Insuficiência Renal Crônica	Resultado dos exames da função renal
Cegueira	Laudo médico de Oftalmologista e resultado de exames de acuidade visual e campimetria
Surdez	Laudo médico de Otorrinolaringologista e resultado do exame de BERA
Perda da Fala	Laudo médico de Otorrinolaringologista e resultado de exame de imagem de corda vocal
Queimadura de terceiro grau	Laudo médico de Cirurgião Plástico
Transplante de Órgãos	Prontuário Hospitalar com Relatório completo e detalhado da Cirurgia, devidamente assinado pelo cirurgião responsável

11.4. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

11.5. Se dentro do prazo mencionado no item 16 das Condições Gerais, devido a dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil subsequente à chegada do último documento solicitado.

11.6. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação

positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial – Doenças Incapacitantes

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado durante o Período de Vigência, o pagamento de uma indenização em caso de incapacidade temporária causada exclusivamente por doença coberta, comprovada por laudo médico, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos) observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.**

1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas respeitando-se os Períodos de Carência e Franquia constantes das apólices individuais.

1.3. Quando devida a indenização desta cobertura é calculada multiplicando-se o capital contratado pelo percentual indicado na Tabela de Doenças Cobertas e Percentuais de Capital desta cláusula.

1.4. As Indenizações decorrentes de eventos por Doenças Graves e Doenças Incapacitantes Ampliada não se acumulam. Será considerado para efeito de indenização o capital segurado de maior valor.

2.DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Das Definições” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Incapacidade Temporária: para fins desta Condição Especial é um estado de incapacidade física decorrente de doença, atestado por laudo médico assinado e carimbado em função de lesões físicas decorrentes de doenças constantes da Tabela de Doenças Cobertas e Percentuais de Cobertura, constante no item 6 desta cláusula**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições desta Cláusula e as constantes das Condições Gerais.**

2.3. Quando devida a indenização será paga de acordo com a doença diagnosticada, aplicando-se o percentual de referência sobre o Capital Total contratado.

2.4. Doenças não previstas na Tabela não terão cobertura.

2.5. Haverá carência de 6 meses em caso de ocorrência de doenças distintas e de 12 meses em caso de ocorrência da mesma doença, já indenizada, constante na Tabela de Doenças Cobertas.

3.RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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 Questionário de Avaliação de Risco, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do Seguro;

b) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.

3.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1. constante nas Condições Gerais, estão também excluídos da Cobertura desta Condição Especial, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Gravidez aborto, parto ou pós-parto, com exceção de parto complicado e morte intrauterina, conforme especificado na lista de coberturas;

b) Segurados não considerados elegíveis a Indenização, conforme item 2.

c) Qualquer doença ou lesão não incluída na lista de coberturas.

d) Incapacidade temporária decorrente de internações para tratamento e reabilitação em regime ambulatorial ou hospitalar de alcoolismo, tabagismo, toxicodependência e outras dependências, bem como patologias derivadas do consumo continuado de álcool e/ou outras drogas.

e) Segurados cujas atividades sejam: políticos (senadores, parlamentares, governadores, funcionários do governo); magistrados; guarda-costas, comerciantes de armas, negócios relacionados a casas de câmbio; missionários, jornalistas de alto nível, atletas ou equipes esportivas profissionais.

f) Doenças crônicas ou preexistentes

4.PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA

4.1. Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos ocorridos a partir de 60 (sessenta) dias, contados do início da vigência do Seguro.

4.2. O pagamento do Capital Segurado Líquido será condicionado ao Período de Franquia de acordo com a doença, conforme apresentado no item 6 dessa condição especial. Estarão cobertos os afastamentos decorrentes de eventos cobertos após o cumprimento do número de dias de franquia.

4.3. A partir do dia subsequente ao período cumprido da franquia, o Segurado passa a ter direito ao benefício, sendo pago, inclusive, o capital retroativo ao Período de Franquia.

5.CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado representa o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto, vigente na data do evento e será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

5.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

5.3. O percentual de capital calculado no momento da indenização varia de acordo com a gravidade da doença.

5.4. Quando devida, a indenização desta cobertura é calculada multiplicando-se o capital contratado pelo percentual indicado na Tabela de Doenças Cobertas e Percentuais de Capital desta cláusula.

5.5. Para fins desta cláusula, considera-se data do evento, a data do laudo médico que atesta a doença.

6.TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE DOENÇAS INCAPACITANTES

Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização e Franquia		
Doenças Cobertas	**Franquia**	**% de cobertura**
Doenças Infecciosas e Parasitárias		
Dengue hemorrágica	-	40%
Abscesso granuloma	-	100%
Meningite	-	100%
Sepse	-	100%
Neoplasias		
Carcinoma in situ	-	20%
Tumor maligno	-	100%
Doenças do Sistema Nervoso		
Hemorragia cerebral com hospitalização	72 horas	100%
Encefalite	-	100%
Mielite	-	100%
Encefalomielite	-	100%
Abscesso intracraniano	-	100%
Abscesso intraespinhal	-	100%
Flebite intracraniana	-	100%
Flebite intraespinhal	-	100%
Tromboflebite intracraniana	-	100%
Tromboflebite intraespinhal	-	100%
Doenças do Sistema Circulatório		
Trombose venosa profunda aguda	-	20%

Aneurisma de aorta	-	40%
Endocardite	-	40%
Miocardite	-	40%
Pericardite	-	40%
Insuficiência cardíaca aguda	-	100%
Insuficiência cardíaca subaguda	-	100%
Infarto agudo do coração	-	100%
Dissecção arterial	-	100%
Embolia arterial e trombose	-	100%
Dissecção da aorta	-	100%
Doenças do Sistema Respiratório		
Tuberculose	-	20%
Embolia pulmonar	-	40%
Abscesso do pulmão	-	100%
Abscesso do mediastino	-	100%
Gravidez, Parto, Puerpério		
Hiperêmese gravídica com distúrbio metabólico	-	20%
Hipertensão	-	40%
Complicação da gravidez: Distúrbios placentários	-	40%
Complicação da gravidez: Hemorragia obstétrica	-	100%
Doenças do Sistema Digestivo		
Apendicite aguda com peritonite	-	40%
Pancreatite aguda	-	40%
Insuficiência hepática aguda	-	100%
Insuficiência hepática subaguda	-	100%
Úlcera gástrica aguda com hemorragia e/ou perfuração	-	100%
Distúrbios vasculares agudos do intestino	-	100%
Síndrome de laceração-hemorragia gastresofágica	-	100%
Hérnia com gangrena	-	100%
Enfarto do fígado	-	100%
Perfuração do esôfago	-	100%
Doenças do Aparelho Genito-urinário		
Insuficiência renal aguda	-	40%
Doenças da Pele		
Síndrome de Stevens-Johnson	-	100%
Necroses epidérmica toxica (Lyell)	-	100%

7.ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

7.1. Este seguro abrange os eventos ocorridos em território nacional ou condição originada em visita de menos de 3 (três) meses fora do território nacional.

8.INÍCIO DE VIGÊNCIA

8.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

8.2. O Período de Vigência é de 5 anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro. A idade máxima de saída será 80 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja

maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 75 anos.

8.3. A cobertura poderá ser renovada, de acordo com eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

8.4. As coberturas adicionais poderão não ser renovadas pelo Segurado ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

8.5. Ainda que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 14.4, 14.5 e 14.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do Segurado;

b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

c) Se constada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

d) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 6.2 acima;

e) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura;

f) Quando o segurado completar a idade de 80 anos.

10. VALOR DOS PRÊMIOS

10.1. Os valores do Capital Segurado e do Prêmio serão atualizados monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

10.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 5 anos e prazo de pagamento máximo também de 5 anos.

11. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

11.1. Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 17 das Condições Gerais, seguem os documentos essenciais e os documentos específicos descritos na Lista de Documentação por Tipo de Doença para a aferição e decisão sobre a existência de cobertura.

11.1.1. O Segurado ou seu beneficiário deverá apresentar os documentos, sendo obrigatória a entrega dos documentos básicos constantes da lista de Documentação Essencial e de todos os documentos específicos da lista de Documentação por Tipo de Doença que se apliquem à doença ou evento notificado.

11.2. Documentos Essenciais

- **Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);**
- **Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) das doenças, com sua(s) data(s), tratamento(s) realizado(s), prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso, inclusive cirúrgicas, e sequelas decorrentes (temporárias e/ou permanentes);**
- **Todos os exames realizados indicativos e confirmativos da doença;**
- **Cópia do RG;**
- **Cópia do CPF;**
- **Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;**
- **Autorização para Pagamento em nome do Segurado (formulário padrão MetLife).**
- **Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.**

11.3. Documentos por tipo de Doença

Tipo de Doença	Documentos
Câncer (neoplasia):	Resultado da biópsia e do exame anatomopatológico
Infarto Agudo do Miocárdio	Resultado dos exames Eletrocardiograma, Enzimas Cardíacas, Ecocardiograma, Cintilografia Cardíaca
Angioplastia Coronária	Resultado do exame de angiografia com a Descrição do Procedimento de Angioplastia assinada pelo cardiologista responsável
Cirurgia de	Relatório completo e detalhado da

Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronária)	Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável
Cirurgia de Válvula do Coração	Prontuário hospitalar e Relatório completo e detalhado da Cirurgia, devidamente assinado pelo cirurgião responsável e Resultado do Ecocardiograma
Cirurgia da Aorta	Prontuário Hospitalar e Relatório completo e detalhado da Cirurgia, devidamente assinado pelo cirurgião responsável
Derrame (Acidente Vascular Cerebral)	Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio
Doença de Alzheimer	Laudo médico de Neurologista e/ou Psiquiatra
Doença (ou mal) de Parkinson	Laudo médico de Neurologista
Esclerose Múltipla	Laudo médico de neurologista e Resultado da Eletroneuromiografia de membros inferiores e superiores
Coma	Laudo médico atestado por dois Neurologistas
Tumor Cerebral Benigno	Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio e exame Anatomopatológico
Danos Cerebrais Anatômicos	Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio
Distrofia Muscular	Laudo médico do Neurologista e resultado do exame Anatomopatológico
Doença do Neurônio Motor	Laudo médico atestado por dois Neurologistas e resultado da eletroneuromiografia dos quatros membros
Paralisia de Membros	Resultado da Ressonância Nuclear Magnética da área afetada e Eletroneuromiografia de membros inferiores
Perda de Membros	Resultado de exame de raio-x do membro afetado
Enfisema Pulmonar	Resultado da Prova de Função Pulmonar e Tomografia Computadorizada de Tórax
Insuficiência Renal Crônica	Resultado dos exames da função renal
Cegueira	Laudo médico de Oftalmologista e resultado de exames de acuidade visual e campimetria
Surdez	Laudo médico de Otorrinolaringologista e resultado do exame de BERA
Perda da Fala	Laudo médico de Otorrinolaringologista e resultado de exame de imagem de corda vocal
Queimadura de terceiro grau	Laudo médico de Cirurgião Plástico
Transplante de Órgãos	Prontuário Hospitalar com Relatório completo e detalhado da Cirurgia, devidamente assinado pelo cirurgião responsável

11.4. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

11.5. Se dentro do prazo mencionado no item 16 das Condições Gerais, devido a dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil subsequente à chegada do último documento solicitado.

11.6. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial - Temporária Morte

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s), durante o Período de Vigência, o pagamento do Capital Segurado Líquido, adicionalmente ao Capital Segurado Líquido da Cobertura Básica, **em caso de morte do Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.**

1.2. Ao Segurado, em caso de comprovação de Doença em Estágio Terminal, a Seguradora efetuará a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado desta Cobertur**a, em uma única vez, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da Apólice.**

1.2.1. Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal.

1.2.2. A Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal somente será efetuada caso o Seguro esteja em vigor e não tenha sido efetivada a mudança para Benefício Prolongado.

1.2.3. O Segurado deverá comprovar à Seguradora que sua sobrevida é de, no máximo 6 (seis) meses, a partir da data da avaliação diagnóstica.

1.2.3.1. A Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal somente poderá ser realizada por meio de solicitação voluntária do Segurado.

1.2.3.2. Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento da Antecipação do Pagamento Total em Caso de Doença Terminal, quando este já era de direito, o valor será pago de acordo com a legislação vigente.

1.2.3.3. Com a Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal, o Seguro será cancelado.

1.2.4. Esta Cobertura Adicional tem como característica um capital constante e por prazo de vigência determinado e diferente da cobertura básica, informado na Apólice e na Proposta de Contratação e Prêmio constante, sendo que ambos sofrerão atualização monetária anualmente.

2.DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Das Definições” das Condições Gerais deste Seguro.

3.RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de 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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões e Acidentes Preexistentes omitidos voluntariamente pelo Segurado no Questionário de Avaliação de Risco, 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 resposta ao Questionário de Avaliação de Risco.

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelos Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura. seguro;

e) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

e.1) **Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;**

f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

f.1) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 2.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos;

g) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.

3.2. Além dos Riscos Excluídos no subitem 3.1, para fins de Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal, estão também expressamente excluídos deste seguro, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Doenças agravadas por traumatismos;

b) Coma irreversível decorrente do uso de álcool e drogas;

c) 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 inicial para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

4.2. O capital dessa cobertura será atualizado anualmente seguindo a regra descrita no item 11 da Condição Geral do produto.

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

4.4. Para a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado em decorrência de Doença em Estágio Terminal considera-se como data do evento, a data do Relatório Médico, devidamente assinado pelo médico assistente do Segurado atestando os pormenores da doença, gravidade e prognóstico, de acordo com a definição da Cobertura descrita no item 1.1.1 destas Condições Especiais.

5.INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

5.2. O Período de Vigência desta Cobertura é determinado e será estabelecido na Proposta de Contratação, assim como na Apólice de Seguro**. A idade máxima de saída será 80 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 75 anos.**

5.3. Ainda que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento.

6.CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 14.4, 14.5 e 14.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição Especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do Segurado;

b) Com a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado em decorrência de Doença em Estágio Terminal;

c) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

d) Se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

e) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 5.2 acima;

f) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura.

g) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado;

h) Quando o segurado completar 80 anos de idade.

6.2. A estruturação técnica desta cobertura adicional prevê a formação da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC). Sendo assim, o cancelamento desta cobertura resultará na devolução do valor da PMBaC ao cliente.

7.VALOR DOS PRÊMIOS

7.1. O valor do Prêmio referente a esta Cobertura será constante, estará previsto na Proposta de Contração e na respectiva Apólice de Seguro.

7.2. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

7.3. os Prêmios serão pagos no prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento e será estabelecido na Proposta de Contratação, assim como na Apólice de Seguro.

8.DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

8.1. Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 17 das Condições Gerais, seguem os elementos essenciais para a aferição e decisão sobre a existência de cobertura:

a) Morte decorrente de doença

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- 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 do RG;
- Cópia do CPF.

Documentos dos Beneficiários indicados pelo Segurado:

- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor).
- Cópia do CPF (obrigatório, independentemente da idade).
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos Beneficiários;
- Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o Beneficiário for o Cônjuge;
- Provas de União Estável, se o Beneficiário for o(a) companheiro(a);
- Autorização de crédito nominal a cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).
- **Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.**

Documentos dos Beneficiários caso não haja indicação feita pelo Segurado:

- Cópia da Certidão de Casamento do Segurado extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Provas de União Estável (no caso de companheiro/a);
- Cópia do RG e CPF do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do comprovante de residência em nome do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Declaração de Únicos Herdeiros do Segurado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor) de todos os herdeiros do Segurado;
- Cópia do CPF de todos os herdeiros do Segurado (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do Segurado;
- Autorização de crédito em nome de cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife)

- **Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.**

Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Relatório médico informando desde quando o Segurado recebeu o primeiro diagnóstico, descrição da evolução clínica, data em que iniciou o tratamento;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Declaração Médica expedida pelo médico que atende regularmente o Segurado, constando o diagnóstico, o tratamento realizado e o quadro clínico e a data, a partir da qual, a evolução da doença justifica o enquadramento em estado terminal;
- Resultados de exames 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.**

Morte decorrente de acidente

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do Boletim de Ocorrência e CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- Cópia do Laudo de Necrópsia do Instituto Médico Legal;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o Segurado o condutor;
- Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado;
- Cópia do Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizada;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF.

Documentos dos Beneficiários indicados pelo Segurado:

- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor);
- Cópia do CPF (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos Beneficiários;
- Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o Beneficiário for o Cônjuge;
- Provas de União Estável, se o Beneficiário for o(a) companheiro(a);
- Autorização de crédito nominal a cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).
- **Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.**

Documentos dos Beneficiários caso não haja indicação feita pelo Segurado:

- Cópia da Certidão de Casamento do Segurado extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Provas de União Estável (no caso de companheiro/a);
- Cópia do RG e CPF do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do comprovante de residência em nome do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Declaração de Únicos Herdeiros do Segurado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor) de todos os herdeiros do Segurado;
- Cópia do CPF de todos os herdeiros do Segurado (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do Segurado;
- Autorização de crédito em nome de cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).
- **Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.**

8.2. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

8.3. Se dentro do prazo mencionado no item 17.1.8., devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado, outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado.

8.4. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

9.DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro, estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

9.2. As Indenizações por Morte Acidental e Morte, quando contratadas conjuntamente, se acumulam.

9.3. Não será paga a Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal 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.

Condição Especial – Cobertura Adicional Funeral

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, quando contratada, garante ao Solicitante, durante o Período de Vigência, a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral pela Assistência 24 horas ou o reembolso das despesas com o funeral do Segurado, limitado ao Capital Segurado contratado, em caso de Morte por qualquer causa do Segurado, **observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.**

1.2. Caso seja utilizada a Assistência 24 horas para o serviço de Assistência Funeral, fica suspenso o direito ao reembolso de despesas relacionadas a esta Cobertura.

1.2.1. A utilização da Assistência 24 horas para o serviço de Assistência Funeral deverá ser feita mediante ligação à Central de Atendimento pelos telefones 0800 638 5433 e +55 3003 5433 para chamadas a cobrar do exterior.

1.2.2. A Assistência 24 horas para o serviço de Assistência Funeral não será possível em localidades onde a legislação ou normas não permitirem a atuação da prestadora de serviço.

1.2.3. O serviço oferecido pela Assistência 24 horas será prestado em todo o Território Nacional. Em caso de óbito no exterior, a Assistência 24 horas providenciará o traslado do corpo para Sepultamento ou Cremação no Brasil. Em caso de óbitos ocorridos no exterior com Sepultamento ou Cremação ocorridos no exterior, o Solicitante poderá solicitar o reembolso das despesas respeitando o limite de Capital Segurado contratado, com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento destas despesas.

1.2.4. Para solicitação de eventual reembolso, o pagamento será efetuado diretamente ao Solicitante das despesas com funeral, limitado ao Capital Segurado contratado, mediante comprovação por meio da apresentação de notas fiscais originais.

1.3. Serviços de Assistência Funeral prestados pela Assistência 24 horas ou passíveis de reembolso:

a) Assessoria para Formalidades Administrativas

Será disponibilizado pela Assistência 24 horas, após a liberação do corpo pelo Instituto Médico Legal ou Hospital, um representante que irá ao domicílio do Solicitante ou ao hospital onde ocorreu o óbito do Segurado, para coletar os documentos e providenciar as tratativas para a realização do Funeral.

A liberação do corpo no Instituto Médico Legal ou Hospital é uma responsabilidade de um representante legal do Segurado.

b) Transporte e Hospedagem Familiar

Em caso de falecimento onde houver a necessidade legal da presença de um membro da família para liberação do corpo, será fornecida 1 (uma) passagem aérea de ida e volta conforme menor horário para a chegada ao local.

Caso o familiar esteja em alguma cidade que não possui aeroporto, o transporte poderá ser realizado por via rodoviária, considerando o menor horário para a chegada ao local.

A hospedagem fornecida pela Assistência 24 horas para 1 (um) membro da família está limitada a uma diária no valor de R$ 300,00 (trezentos reais).

c) Registro em Cartório

A Assistência 24 horas irá providenciar e custear o registro em cartório do óbito, desde que permitido pela legislação local.

d) Translado do Corpo

A Assistência 24 horas realizará o traslado do corpo do local até o local de sepultamento / cremação no Brasil, por meio de transporte mais adequado, em urna mortuária apropriada. A Assistência 24 horas determinará se o transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local.

O serviço de traslado do corpo será prestado a partir do momento em que o corpo do Segurado se encontrar liberado pelas autoridades competentes e desde que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial, judicial, normativo ou qualquer outro que impeça o traslado do corpo, conforme a legislação vigente.

e) Preparação do Corpo

A Assistência 24 horas providenciará a preparação do corpo com higienização. Se necessário e identificado pela Assistência 24 horas, nos casos de traslado aéreo, longas distâncias terrestres ou quando o sepultamento for superior a 36 (trinta e seis) horas após o óbito, será providenciado o embalsamento e a tanatopraxia.

f) Necromaquiagem

Se solicitado, a Assistência 24 horas disponibilizará o serviço de necromaquiagem conforme a disponibilidade deste serviço.

g) Composição do Funeral

Os itens que irão compor o funeral do Segurado são:

- 1 (uma) urna de madeira com visor e ornamentação da urna de acordo com a preferência da família;
- 1 (um) véu para cobrir o corpo;
- 1 (uma) manta mortuária;
- 3 (três) coroas de flores grandes;
- 1 (um) livro de presença com arranjo de flores e
- 1 (um) jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona.

h) Locação para Sala de Velório

A Prestadora de Serviços se responsabilizará pela locação de sala para velório em cemitério municipal ou em cemitério particular.

i) Carro Fúnebre

A Assistência 24 horas fornecerá um carro fúnebre para cortejo dentro do município de sepultamento.

j) Taxa de Exumação

Caso a família já tenha jazigo próprio, a Prestadora de Serviços pagará a Taxa de Exumação, desde que todas as gavetas existentes no jazigo estejam ocupadas. Se ocorrer a locação do jazigo, não ocorrerá o pagamento da Taxa de Exumação.

k) Taxa de Sepultamento

A Assistência 24 horas irá providenciar e custear a taxa de Sepultamento/Cremação conforme a taxa praticada pelo local escolhido pela família do Segurado.

l) Locação de Jazigo

Caso a família não possua um jazigo, a Assistência 24 horas irá disponibilizar a locação da sepultura pelo prazo de 3 (três) anos. Será disponibilizado um documento informando a data de término da locação para que os familiares acompanhem a exumação dos restos mortais. Estes devem realizar contato com o cemitério, que repassará todas as informações necessárias.

Após a data de término da locação do jazigo, a Assistência 24 horas e a Seguradora não se responsabilizam pelo corpo, ficando sob responsabilidade do cemitério escolhido.

m) Sepultamento

Sepultamento do corpo do Segurado em jazigo familiar, municipal ou particular. Caso seja feita a opção da Cobertura de Sepultamento, a Cobertura Cremação está excluída.

n) Cremação

Será realizada no local escolhido pelo Solicitante, desde que haja estrutura local. Se não houver este serviço na cidade, a cremação será realizada na cidade mais próxima e as cinzas serão encaminhadas para a cidade de domicílio do Segurado no Brasil. Ao optar pelo Crematório, a Assistência 24 horas se responsabiliza pela realização do velório apenas no próprio Crematório.

O serviço será realizado de acordo com a legislação vigente.

o) Placa com Nome na Lápide

A Assistência 24 horas disponibilizará a placa com nome na lápide limitado ao valor de R$ 300,00 (Trezentos reais).

2.CLÁUSULA SUPLEMENTAR

2.1. Esta Cobertura prevê a possibilidade de inclusão de Cônjuge.

2.2. Esta Cobertura, se contratada para o Cônjuge, será estabelecida contratualmente e obedecerá às mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nesta respectiva Condição Especial, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis, exclusivamente ao Cônjuge.

3.DEFINIÇÃO

3.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Das Definições” das Condições Gerais deste seguro.

4.RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de 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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões e Acidentes Preexistentes omitidos voluntariamente pelo Segurado no Questionário de Avaliação de Risco, 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 resposta ao Questionário de Avaliação de Risco.

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelos Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura. seguro;

e) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

e.1) **Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;**

f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

f.1) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 2.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos;

g) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.

4.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 4.1. e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal constante nas Condições Gerais, estão também excluídos da Cobertura desta Condição Especial, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Despesas de qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o Funeral, sem autorização da Assistência 24 horas, não previstas nestas condições;

b) Quaisquer reembolsos de despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela Assistência 24 horas, mesmo que cobertas pela presente Assistência;

c) Solicitações de serviços para a Assistência 24 horas que não sejam feitas direta e comprovadamente pelo Solicitante.

4.3. Caso a opção seja pela Assistência 24 horas para a 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.

5.CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

5.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

5.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, a data do falecimento do Segurado ou a data de falecimento do Segurado Dependente, quando contratada Cláusula de Inclusão Suplementar para Cônjuge.

5.4. Se contratada a Cláusula Suplementar para inclusão de Cônjuge, o Capital Segurado para a Cobertura funeral do Segurado Dependente corresponderá a 100% do Capital Segurado da Cobertura funeral do Segurado.

6.INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte, ou em data posterior, por meio de Proposta de Contratação, quando contratada após entrada em vigor da cobertura do Segurado.

6.2. A vigência da cobertura Funeral é por toda a vida do Segurado, desde que ocorra o pagamento dos Prêmios na periodicidade e prazo previamente escolhidos no momento da contratação do seguro.

6.3. A respectiva Cláusula Suplementar contratada para inclusão do Cônjuge começa a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada após entrada em vigor da cobertura do Segurado.

6.4. O prazo contratado, o início e término de vigência desta Condição especial estarão descritos na Apólice de Seguro.

7.CESSAÇÃO DA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 14.4, 14.5 e 14.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do Segurado;

b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

c) Com o pagamento do Valor de Resgate Líquido;

d) Se constada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

e) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 6.4 acima;

f) Com a solicitação expressa do Segurado pelo cancelamento desta cobertura.

g) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado.

7.2. Para o Segurado Dependente, quando incluído no seguro:

a) Com o falecimento do Segurado antes do falecimento do Segurado Dependente;

b) Com o falecimento do Segurado Dependente;

c) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

d) Com o pagamento do Valor de Resgate Líquido;

e) Se constada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

f) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 6.4 acima;

g) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura;

h) Caso o Segurado não seja mais elegível ao seguro, nos termos das Condições Gerais e Especial;

i) Em caso de cessação da condição de Segurado Dependente, conforme estabelecem a respectiva Condição Especial independentemente da cobrança do Prêmio;

j) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado.

7.3. A estruturação técnica desta cobertura adicional prevê a formação da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC). Sendo assim, o cancelamento desta cobertura resultará no pagamento de Valor de Resgate Líquido ao Segurado, respeitando a Regra de Disponibilização de Resgate.

8. VALOR DOS PRÊMIOS

8.1. O valor dos Prêmios será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

8.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento definido para a Cobertura Básica.

9. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

9.1. Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 17 das Condições Gerais, seguem os elementos essenciais para a aferição e decisão sobre a existência de cobertura:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do RG do segurado e dos contratantes das despesas;
- Cópia do CPF dos contratantes das despesas;
- Cópia dos recibos e Notas Fiscais das despesas com o funeral;
- Cópia do comprovante de endereço dos contratantes das despesas;
- Autorização de crédito nominal a cada um dos contratantes das despesas (formulário padrão MetLife).

9.2. Em caso de falecimento do Segurado Dependente, quando contratada a Cláusula Suplementar para a inclusão de Cônjuge, a comprovação será realizada por meio de:

- Certidão de casamento atualizada;
- Provas de União Estável.

9.3. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

9.4. Se dentro do prazo mencionado no item 17.1.8., devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado.

9.5. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial - Cobertura Adicional Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado, durante o Período de Vigência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Funcional Permanente e total, em consequência de doença que cause quadro clinico incapacitante irreversível que impeça o pleno exercício das relações autônomas do segurado, **sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos desta cobertura, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais do Seguro e da Apólice.**

1.2. O pagamento da Indenização relativa a esta cobertura em função da caracterização da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, desde que efetivamente comprovada, será considerado como uma antecipação da Cobertura Básica de Morte, dessa forma em caso de antecipação total, a Cobertura Básica de Morte automaticamente se extinguirá, assim como o presente seguro.

2.DEFINIÇÃO

2.1. 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.

2.2. Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.3. Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.

2.4. Auxílio: a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.5. Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Regional de Medicina.

2.6. Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave". Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

2.7. Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

2.8. Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.9. Dados Antropométricos: no caso da cobertura de Invalidez por Doença - Funcional, o peso e a altura do Segurado.

2.10. Deambular: ato de andar livremente.

2.11. 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.

2.12. 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.

2.13. Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

2.14. Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que traz alterações clínicas

2.15. Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.16. Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.17. 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

2.18. 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.

2.19. Doença Profissional: aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

2.20. Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

2.21. Etiologia: causa de cada doença.

2.22. Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.23. Higidez: estado saudável.

2.24. Médico Assistente: médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

2.25. Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.26. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente

2.27. Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.28. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.29. Relações autonômicas: entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que ele tem de desempenhar todas as suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas independente de qualquer ajuda.

2.30. Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

2.31. Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

2.32. Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.33. 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:

a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";

b) 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;

c) 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 60º;**
- **ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.**
- **doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que**

atestado por profissional legalmente habilitado;

- **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).

3.2.2. 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.

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

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

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

3.2.6. 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 na **cláusula 5 das Condições Gerais,** serão excluídos também, ainda que ocasione quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) **Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por Acidente Pessoal;**
b) **Doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;**
c) **Diagnósticos concedidos pelo próprio segurado, seus dependentes, parentes ou pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com ele, ainda que estes sejam médicos profissionais habilitados.**
d) **Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado.**
e) **Quadros clínicos de incapacidade funcional parcial, de incapacidade laborativa temporária, de invalidez acidentária ou de invalidez laborativa permanente do segurado, mesmo que determinados por órgãos previdenciários oficiais, que não atendam a todos os critérios previstos para caracterização do sinistro;**

5.CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar na apólice de 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 DE INVALIDEZ

6.1. As despesas efetuadas para a caracterização da Invalidez Permanente 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**, exceto quando comprovado que a incapacidade decorreu do exercício da atividade laboral do Segurado indicado no Questionário de Avaliação de Risco ou especificada na Apólice.**

7.INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. A Cobertura começa a vigorar, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de endosso, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7.2. O Período de Vigência é de 5 anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro. A idade máxima de saída será 80 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 75 anos.

7.3. A cobertura poderá ser renovada, de acordo com idade e eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

7.4. As coberturas adicionais poderão não ser renovadas pelo Segurado ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

7.5. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento.

8.CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 14.4, 14.5 e 14.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do Segurado;
b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;
c) em caso de diagnóstico de doença que cause a Invalidez Funcional Total e Permanente, que resulte em perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos desta cobertura,
d) Se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;
e) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 7.2 acima;
f) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura.
g) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado.
h) Quando o segurado completar 80 anos de idade.

9.VALOR DOS PRÊMIOS

9.1. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

9.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 5 anos e prazo de pagamento máximo também de 5 anos.

10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

10.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 17 das Condições Gerais, seguem os elementos essenciais para a aferição e decisão sobre a existência de cobertura:

- 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, CPF 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;

10.2. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

10.3. Se dentro do prazo mencionado no item 17.1.8., devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado.

10.4. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

ANEXO À COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA– FUNCIONAL INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DEINVALIDEZ 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.	**0**
	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	1° 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.	**0**
	2° 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**
	3° 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,	**20**

	mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1° 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.	**0**
	2° 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**
	3° 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**

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.	**2**
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	**2**
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	**4**
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	**4**
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	**8**

Condição Especial – Cobertura Adicional Fratura Óssea

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura garante ao(à) Segurado(a), quando contratada e durante a vigência do seguro, o pagamento do Capital Segurado correspondente ao percentual previsto nas **Tabelas de Lesões Cobertas**, em caso de fratura óssea, ruptura total de tendão ou ligamento ou luxação (esta somente quando houver tratamento cirúrgico) decorrente exclusivamente de Acidente Pessoal coberto, **observadas as demais disposições desta Cláusula, das Condições Gerais e da Apólice, e desde que o evento não decorra de riscos excluídos**.

1.2. O Beneficiário desta cobertura é o próprio Segurado.

2. DEFINIÇÃO

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

2.2. Fratura Óssea é uma situação em que há perda da continuidade óssea, causada por ação traumática externa, resultando em comprometimento de sua estrutura anatômica.

2.3. Fratura Óssea Completa é uma situação em que há ruptura total da continuidade de um osso, causada por ação traumática externa, resultando na separação de um osso em dois ou mais segmentos. Para fins desta cobertura, a caracterização da fratura independe do número de segmentos formados a partir do mesmo osso.

2.4. Luxação com tratamento cirúrgico: deslocamento repentino e duradouro, parcial ou completo, de um ou mais ossos de uma articulação, decorrente de trauma, que necessite de procedimento cirúrgico para reposicionamento anatômico da luxação. Por exemplo, luxação de quadril com tratamento cirúrgico

2.5. Ruptura Total do Tendão: Ruptura completa das fibras tendíneas, resultando na perda da continuidade do tendão. Por exemplo, ruptura total do tendão de Aquiles.

2.6. Ruptura Total do Ligamento: Rompimento completo do tecido ligamentar responsável pela estabilização de uma articulação. Por exemplo, ruptura total do ligamento cruzado anterior (LCA).

2.7. Há um limite de até 3 (três) indenizações ocasionadas por acidentes distintos para cada ano de vigência, nesta cobertura.

2.8. Como regra de indenização, no caso de mais de uma lesão em um mesmo acidente:

2.8.1. Dentro de um mesmo Grupo de Lesão, os percentuais se somam, respeitado o máximo previsto para aquele grupo, conforme Tabelas de Lesões Cobertas.

2.8.2. Se atingir Grupos de Lesão diferentes, será paga somente a indenização do grupo que resultar no maior percentual. Os percentuais de Grupos diferentes não se somam.

2.8.3. Se dois ou mais Grupos resultarem no mesmo percentual, será paga apenas uma indenização, correspondente a esse percentual.

2.9. A cobertura adicional de Fratura Óssea oferece proteção para **43 (quarenta e três) ossos e articulações lesionadas,** incluindo fraturas ósseas, rupturas totais de tendão ou ligamento e luxações (esta somente quando houver tratamento cirúrgico), conforme as Tabelas de Lesões Cobertas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no **item Riscos Excluídos das Condições Gerais**, serão excluídos também, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Fraturas de vértebras por compressão ou achatamento ou em cunha em qualquer parte da vértebra;

b) Fraturas do alvéolo dentário na maxila ou mandíbula;

c) Fratura incompleta, fissura óssea, fratura subcondral e microfraturas do Fêmur, Mandíbula, Maxila, Clavícula, Escápula, Úmero, Ulna, Rádio, Tíbia, Fíbula, Costelas e Dedos dos Pés e das Mãos;

d) **Autolesões, voluntárias e premeditadas, ou sua tentativa;**

e) **Fraturas ou rupturas patológicas, ou seja, ocorridas em osso, tendão ou ligamento enfraquecido por doença, incluindo:**

   a. **Fraturas decorrentes de osteoporose, em qualquer caso;**

   b. **Outras fraturas ou rupturas patológicas, de qualquer tipo ou natureza;**

   c. **Fraturas decorrentes ou derivadas de doenças preexistentes de conhecimento do(a) Segurado(a) antes do início da cobertura.**

f) **Fraturas por estresse de forma geral, completas ou incompletas;**

g) **Rupturas de tendões e ligamentos por sobrecarga repetitiva ou decorrente de estresse ou associada à tendinopatia degenerativa ou espontânea;**

h) **Fratura ou quebra de dentes;**

i) **Acidentes em que o(a) Segurado(a), sem a devida habilitação, for o(a) condutor(a) do veículo terrestre, aéreo ou marítimo que deu causa à lesão;**

j) **Acidentes e suas consequências ocorridos antes da data de contratação do seguro, ainda que a manifestação das consequências ocorra durante a vigência do seguro;**

k) **Quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;**

l) **Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;**

m) **Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles**

   a. **Assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.**

n) **Luxações ou deslocamentos de qualquer tipo ou natureza, exceto com tratamento cirúrgico;**

o) **Lesões ligamentares, tendinosas ou de cartilagens de qualquer tipo ou natureza, exceto lesões descritas nas Tabelas de Lesões Cobertas;**

p) **Fraturas ocorridas nas falanges distais, ou seja, ossos localizados na extremidade dos dedos, das mãos e dos pés;**

q) **Fratura do osso zigomático;**

r) **Fratura de nariz;**

s) **Eventos que não se incluem no conceito de acidente pessoal, conforme definido nas Condições Gerais;**

t) **Amputações, em geral.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente para cada lesão coberta, de acordo com os percentuais nas **Tabelas de Lesões Cobertas**.

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.

4.3. A garantia está limitada ao pagamento de, no máximo, 100% (cem por cento) do capital segurado vigente da cobertura, considerando os eventos cobertos ocorridos a cada período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da cobertura.

4.4. As lesões cobertas estão distribuídas em duas Tabelas de Lesões Cobertas:

a) **Tabelas de Lesões Cobertas com Percentuais Indenizatórios Não Acumuláveis**

i) Contempla as lesões em que, para cada estrutura anatômica descrita na tabela, será considerado apenas um percentual indenizatório, independentemente da quantidade de ossos, partes ósseas ou segmentos lesionados da mesma estrutura.

ii) Estão incluídas nesta tabela as seguintes lesões: Arco Vertebral e seus processos, Cóccix, Crânio, Corpo Vertebral, Esterno, Mandíbula, Maxila, Pelve e Sacro.

b) Tabela 2 - Tabelas de Lesões Cobertas com Percentuais Indenizatórios Acumuláveis

i) Contempla as lesões em que os percentuais indenizatórios poderão ser somados quando houver lesão em estruturas anatômicas distintas ou em membros contralaterais (direito e esquerdo), observados os limites e regras específicos previstos para cada item da tabela.

ii) Estão incluídas nesta tabela as seguintes lesões: Clavícula, Costela, Dedos das Mãos, Dedos dos Pés, Escápula, Fêmur, Mão, Patela, Perna, Tíbia/Fíbula Distais, Ulna/Rádio, Ulna/Rádio Distais, Úmero, Luxação com tratamento cirúrgico, Ruptura Total de Ligamentos e Ruptura Total de Tendões.

4.4.1. Tabela 1 - Tabelas de Lesões Cobertas com Percentuais Indenizatórios Não Acumuláveis

TABELA 1 Tabela de Lesões Cobertas Com Percentuais Indenizatórios Não Acumuláveis				
Categoria	**Ossos e Articulações (Grupo de Lesões)**	**Descrição**	**% a ser indenizado sobre o Capital Segurado**	**Regra de Indenização**
Fratura Óssea	Arco Vertebral e seus processos	Contempla as fraturas do processo espinhoso, processo transverso, lâminas ou pedículos	30%	Indenização de 30%, independentemente se fraturar (de forma completa ou incompleta) uma ou mais partes ósseas. Exemplos: • Fratura de processo espinhoso = 30% • Fratura de processo transverso e de lâmina = 30% • Fratura de pedículo, lâmina e processo espinhoso = 30%
Fratura Óssea	Cóccix	Contempla fratura do cóccix	25%	Indenização de 25%, independentemente se fraturar (de forma completa) o Cóccix em dois ou mais segmentos. Exemplos: • Fratura do Cóccix em dois segmentos (ao meio) = 25% • Fratura do Cóccix em três ou mais segmentos = 25% Indenização de 25% em caso de fratura incompleta no Cóccix.

TABELA 1 Tabela de Lesões Cobertas Com Percentuais Indenizatórios Não Acumuláveis				
Categoria	**Ossos e Articulações (Grupo de Lesões)**	**Descrição**	**% a ser indenizado sobre o Capital Segurado**	**Regra de Indenização**
Fratura Óssea	Crânio	Contempla as fraturas (com ou sem afundamento) dos ossos frontal, parietal, temporal, occipital e esfenoide	100%	Indenização de 100%, independentemente se fraturar (de forma completa ou incompleta) uma ou mais partes ósseas. Exemplos: • Fratura de osso temporal e occipital = 100% • Fratura de osso frontal = 100% • Fratura de osso temporal, esfenoide e parietal = 100%
Fratura Óssea	Corpo Vertebral	Contempla fratura do corpo vertebral	100%	Indenização de 100%, independentemente se fraturar (de forma completa) o Corpo Vertebral em dois ou mais segmentos. Exemplos: • Fratura do Corpo Vertebral em dois segmentos (ao meio) = 100% • Fratura do Corpo Vertebral em três ou mais segmentos = 100% Indenização de 100% em caso de fratura incompleta no Corpo Vertebral.
Fratura Óssea	Costela	Contempla fratura completa de uma costela	5%	Indenização de 5%, independentemente se fraturar (de forma completa) uma única Costela em dois ou mais segmentos. Exemplos: • Fratura da Costela em dois segmentos (ao meio) = 5% • Fratura da Costela em três ou mais segmentos = 5%
Fratura Óssea	Esterno	Contempla a fratura do esterno	25%	Indenização de 25%, independentemente se fraturar (de forma completa) o Esterno em dois ou mais segmentos. Exemplos: • Fratura do Esterno em dois segmentos (ao meio) = 25% • Fratura do Esterno em três ou mais segmentos = 25% Indenização de 25% em caso de fratura incompleta no Esterno.
Fratura Óssea	Fraturas Múltiplas de Costelas	Contempla fraturas completas de duas ou mais costelas	15%	Indenização de 15%, independentemente se fraturar duas, três, quatro, cinco ou mais costelas

TABELA 1 Tabela de Lesões Cobertas Com Percentuais Indenizatórios Não Acumuláveis				
Categoria	**Ossos e Articulações (Grupo de Lesões)**	**Descrição**	**% a ser indenizado sobre o Capital Segurado**	**Regra de Indenização**
Fratura Óssea	Mandíbula	Contempla fratura completa da mandíbula	25%	Indenização de 25%, independentemente se fraturar (de forma completa) o osso da Mandíbula em dois ou mais segmentos. Exemplos: • Fratura da Mandíbula em dois segmentos (ao meio) = 25% • Fratura da Mandíbula em três ou mais segmentos = 25%
Fratura Óssea	Maxila	Contempla fratura completa da maxila	25%	Indenização de 25%, independentemente se fraturar (de forma completa) o osso da Maxila em dois ou mais segmentos. Exemplos: • Fratura da Maxila em dois segmentos (ao meio) = 25% • Fratura da Maxila em três ou mais segmentos = 25%
Fratura Óssea	Pelve	Contempla as fraturas dos ossos ilíaco, ísquio e púbis. Não contempla cóccix e sacro	80%	Indenização de 80%, independentemente se fraturar (de forma completa ou incompleta) uma ou mais partes ósseas. Exemplos: • Fratura do osso ilíaco = 80% • Fratura dos ossos ísquio e púbis = 80% • Fratura dos ossos púbis, ísquio e ilíaco = 80%
Fratura Óssea	Sacro	Contempla fratura do sacro	5%	Indenização de 5%, independentemente se fraturar (de forma completa) o osso do Sacro em dois ou mais segmentos. Exemplos: • Fratura do Sacro em dois segmentos (ao meio) = 5% • Fratura do Sacro em três ou mais segmentos = 5% Indenização de 5% em caso de fratura incompleta no Sacro.

4.4.2. Tabela 2 - Tabelas de Lesões Cobertas com Percentuais Indenizatórios Acumuláveis

TABELA 2 Tabela de Lesões Cobertas Com Percentuais Indenizatórios Acumuláveis				
Categoria	**Ossos e Articulações (Grupo de Lesões)**	**Descrição**	**% a ser indenizado sobre o Capital Segurado**	**Regra de Indenização**
Fratura Óssea	Clavícula (cada)	Contempla fratura completa da clavícula	25%	Indenização de 25%, independentemente se fraturar (de forma completa) o osso da Clavícula em dois ou mais segmentos. Exemplos: • Fratura da Clavícula esquerda em dois segmentos (ao meio) = 25% • Fratura da Clavícula esquerda em três ou mais segmentos = 25% • Fratura da Clavícula direita e da esquerda = 50%
Fratura Óssea	Dedos (cada) das Mãos	Contempla a fratura completa da falange proximal ou média dos dedos	2,5%	Indenização somente em casos de fratura de **pelo menos 2 (dois) dedos**, independente da mão **Indenização limitada a 5% por mão** Exemplos: • Fratura de 3 (três) dedos da mesma mão = 5% • Fratura de 2 (dois) dedos de uma mão e 1 (um) dedo da outra mão = 7,5% • Fratura de 2 (dois) dedos de cada mão = 10% • Fratura de apenas 1 (um) dedo = 0%
Fratura Óssea	Dedos (cada) dos Pés	Contempla a fratura completa da falange proximal ou média dos dedos	2,5%	Indenização somente em casos de fratura de p**elo menos 2 (dois) dedos**, independente do pé **Indenização limitada a 5% por pé** Exemplos: • Fratura de 3 (três) dedos do mesmo pé = 5% • Fratura de 2 (dois) dedos de um pé e 1 (um) dedo do outro pé = 7,5% • Fratura de 2 (dois) dedos de cada pé = 10% • Fratura de apenas 1 (um) dedo = 0%
Fratura Óssea	Escápula (cada)	Contempla fratura completa da escápula	25%	Indenização de 25%, independentemente se fraturar (de forma completa) o osso da Escápula em dois ou mais segmentos. Exemplos: • Fratura da Escápula direita em dois segmentos (ao meio) = 25% • Fratura da Escápula direita em três ou mais segmentos = 25% • Fratura da Escápula esquerda e da direita = 50%

TABELA 2 Tabela de Lesões Cobertas Com Percentuais Indenizatórios Acumuláveis				
Categoria	**Ossos e Articulações (Grupo de Lesões)**	**Descrição**	**% a ser indenizado sobre o Capital Segurado**	**Regra de Indenização**
Fratura Óssea	Fêmur (cada)	Contempla fratura completa do fêmur	50%	Indenização de 50%, independentemente se fraturar (de forma completa) o osso do Fêmur em dois ou mais segmentos, e a **indenização é limitada por Fêmur lesionado**. Exemplos: • Fratura do Fêmur esquerdo em dois segmentos (ao meio) = 50% • Fratura do Fêmur direito em três ou mais segmentos = 50% • Fratura do Fêmur esquerdo e do Fêmur direito = 100%
Fratura Óssea	Mão (cada)	Contempla as fraturas completas dos ossos do carpo e metacarpo	5%	**Indenização de 5% limitada a cada mão lesionada.** Exemplos: • Fratura (completa) do osso metacarpo da mão direita = 5% • Fratura (completa) dos ossos carpo e metacarpo da mão esquerda = 5% • Fratura (completa) do osso carpo e/ou metacarpo da mão esquerda e do osso metacarpo e/ou carpo da mão direita = 10%
Fratura Óssea	Patela (cada)	Contempla fratura da patela	5%	Indenização de 5%, independentemente se fraturar (de forma completa) a Patela em dois ou mais segmentos. Exemplos: • Fratura da Patela direita em dois segmentos (ao meio) = 5% • Fratura da Patela esquerda em três ou mais segmentos = 5% • Fratura da Patela direita e da esquerda = 10% Indenização de 5% em caso de fratura incompleta da Patela. Exemplos: • Fratura da Patela esquerda = 5% • Fratura da Patela esquerda e da direita = 10%

TABELA 2 Tabela de Lesões Cobertas Com Percentuais Indenizatórios Acumuláveis				
Categoria	**Ossos e Articulações (Grupo de Lesões)**	**Descrição**	**% a ser indenizado sobre o Capital Segurado**	**Regra de Indenização**
Fratura Óssea	Perna (cada)	Contempla as fraturas completas da diáfise da tíbia e da diáfise da fíbula	25%	**Indenização de 25% limitada a cada perna lesionada.** Exemplos: • Fratura (completa) da diáfise da Tíbia da perna esquerda = 25% • Fratura (completa) da diáfise da Tíbia e da Fíbula da perna direita = 25% • Fratura (completa) da diáfise da Tíbia e/ou Fíbula da perna esquerda e da diáfise da Fíbula e/ou Tíbia da perna direita = 50%
Fratura Óssea	Tíbia/Fíbula Distais (cada)	Contempla as fraturas completas dos ossos tíbia e fíbula distais	5%	**Indenização de 5% limitada a cada tornozelo lesionado**. Exemplos: • Fratura (completa) da Tíbia distal do tornozelo esquerdo = 5% • Fratura (completa) da Tíbia e da Fíbula distais do tornozelo direito = 5% • Fratura (completa) da Tíbia e/ou Fíbula distais do tornozelo esquerdo e da Fíbula e/ou Tíbia distais do tornozelo direito = 10%
Fratura Óssea	Ulna/Rádio (cada)	Contempla fraturas completas da diáfise do rádio e da ulna	25%	**Indenização de 25% limitada a cada antebraço lesionado.** Exemplos: • Fratura (completa) da diáfise do Rádio do antebraço esquerdo = 25% • Fratura (completa) da diáfise do Rádio e da Ulna do antebraço direito = 25% • Fratura (completa) da diáfise da Ulna e/ou do Rádio do antebraço esquerdo e da diáfise do Rádio e/ou da Ulna do antebraço direito = 50%
Fratura Óssea	Ulna/Rádio Distais (cada)	Contempla as fraturas completas dos ossos rádio e ulna distais	5%	**Indenização de 5% limitada a cada punho lesionado.** Exemplos: • Fratura (completa) do Rádio distal do punho esquerdo = 5% • Fratura (completa) do Rádio e da Ulna distais do punho direito = 5% • Fratura (completa) da Ulna e/ou do Rádio distais do punho esquerdo e do Rádio e/ou da Ulna distais do punho direito = 10%

TABELA 2 Tabela de Lesões Cobertas Com Percentuais Indenizatórios Acumuláveis				
Categoria	**Ossos e Articulações (Grupo de Lesões)**	**Descrição**	**% a ser indenizado sobre o Capital Segurado**	**Regra de Indenização**
Fratura Óssea	Úmero (cada)	Contempla a fratura completa do úmero	25%	Indenização de 25%, independentemente se fraturar (de forma completa) o Úmero em dois ou mais segmentos. Exemplos: • Fratura do Úmero esquerdo em dois segmentos (ao meio) = 25% • Fratura do Úmero direito em três ou mais segmentos = 25% • Fratura do Úmero direito e do esquerdo = 50%
Luxação	Luxação com tratamento cirúrgico (cada)	Contempla luxação, independente se uma ou mais partes de cada articulação/osso, de cada: • Quadril • Patela • Punho • Cotovelo • Tornozelo • Escápula • Ombro • Clavícula • Mandíbula	5%	Indenização de 5%, após cirurgia, independentemente se luxar uma ou mais partes da articulação ou osso, para cada item citado na coluna “Descrição”: Exemplos: • Luxação de mais de uma parte do quadril = 5% • Luxação de mais de uma parte do tornozelo = 5% • Luxação do punho e da escápula = 10% • Luxação da mandíbula, do ombro e da clavícula = 15%

TABELA 2 Tabela de Lesões Cobertas Com Percentuais Indenizatórios Acumuláveis				
Categoria	**Ossos e Articulações (Grupo de Lesões)**	**Descrição**	**% a ser indenizado sobre o Capital Segurado**	**Regra de Indenização**
Ruptura Total	Ligamentos (cada)	Contempla ruptura total de ligamento: • Cruzado do joelho – LCA e/ou LCP • Colateral do joelho – LCM e/ou LCL • Colateral do cúbito (ulna) - feixe anterior, posterior e/ou transverso, independente se um ou mais feixes • Lateral do cotovelo (ligamento colateral radial, colateral lateral ulnar, anular do rádio ou colateral acessório), independente se um ou mais ligamentos	10%	Indenização de 10% em caso de ruptura ligamentar total, a partir do descritivo na coluna “Descrição”. Exemplos: • Ruptura do Ligamento Cruzado do joelho esquerdo = 10% • Ruptura do Ligamento Colateral do joelho direito e do esquerdo = 20% • Ruptura do Ligamento Colateral do cúbito (ulna) em um ou mais feixes = 10% • Ruptura do Ligamento Lateral do cotovelo, seja o ligamento colateral radial, seja o lateral ulnar, seja o anular do rádio ou o conjunto desses ligamentos = 10% • Ruptura do Ligamento Cruzado do joelho, do Ligamento Colateral do cúbito e do Ligamento Lateral do cotovelo = 30%

TABELA 2 Tabela de Lesões Cobertas Com Percentuais Indenizatórios Acumuláveis				
Categoria	**Ossos e Articulações (Grupo de Lesões)**	**Descrição**	**% a ser indenizado sobre o Capital Segurado**	**Regra de Indenização**
Ruptura Total	Tendões (cada)	Contempla ruptura total de: • Tendões do quadril, independente se um ou mais tendões • Tendões do Manguito Rotador do Ombro - independente se um ou mais tendões • Tendão da Cabeça Longa do Bíceps Braquial • Tendão do Tríceps Braquial • Tendão do Quadríceps • Tendão Adutor da Coxa - independente se um ou mais tendões • Tendão Calcâneo (Aquiles) • Tendão Patelar • Tendão Tibial Posterior • Tendão Flexor Superficial dos Dedos, independente se dois ou mais segmentos do tendão	10%	Indenização de 10% em caso de ruptura total, a partir da descrição ao lado. Exemplos: • Ruptura de um Tendão do quadril = 10% • Ruptura de dois ou mais Tendões do quadril = 10% • Ruptura do Tendão patelar = 10% • Ruptura do Tendão do quadríceps, do Tendão calcâneo e do Tendão do tríceps braquial = 30% • Ruptura de dois Tendões flexores superficiais dos dedos = 20% • Ruptura de um único Tendão flexor superficial do dedo em dois ou mais segmentos = 10%

4.5. Para fins de utilização dessa cobertura, fica estabelecido o limite de até 3 (três) indenizações ocasionadas por acidentes distintos para cada ano de vigência, a partir da data de contratação desta cobertura adicional.

5. PERÍODO DE FRANQUIA E PERÍODO DE CARÊNCIA

5.1. Esta cobertura não possui franquia e não possui período de carência.

6. REINTEGRAÇÃO DE COBERTURA

6.1. O Capital Segurado disponível para esta cobertura será reintegrado automaticamente ao seu valor original e atualizado monetariamente, a cada 12 (doze) meses contado do início de vigência da cobertura.

6.2. Uma vez atingido o limite do Capital Segurado disponível para indenização, em um período de 12 (doze) meses, somente serão indenizáveis as lesões cobertas ocorridas após a reintegração do Capital Segurado, observadas as disposições do item Capital Segurado destas Condições Especiais.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. Esta Cobertura entrará em vigor na data de início de vigência da Apólice ou, se contratada posteriormente, na data estabelecida no respectivo endosso.

7.2. O Período de Vigência é de 5 (cinco) anos e constará na Proposta de Contratação, assim como na Apólice de Seguro. A idade máxima de saída é de 80 (oitenta) anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação é de 75 (setenta e cinco) anos.

7.3. A cobertura poderá ser renovada, de acordo com idade e eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

7.4. As coberturas adicionais poderão não ser renovadas pelo(a) Segurado(a) ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

7.5. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o(a) Segurado(a) poderá manter essa cobertura adicional, mediante pagamento.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas no item Capital Segurado e Despesas de Salvamento das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do(a) Segurado(a);

b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

c) Se constatada uma das hipóteses previstas no item Perda do Direito a Indenização das Condições Gerais;

d) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item Início de Vigência, desta Condição Especial;

e) Com a solicitação expressa do(a) Segurado(a) do cancelamento desta cobertura;

f) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para valor saldado ou Benefício Prolongado;

g) Quando o(a) Segurado(a) completar 80 anos de idade.

9. VALOR DO PRÊMIO

9.1. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

9.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 5 (cinco) anos e prazo de pagamento máximo também de 5 (cinco) anos.

10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

10.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais, item Perícia Médica/Junta Médica, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo(a) Segurado(a);
- Cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do(a) Segurado(a);
- 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(a) Segurado(a);

- 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;
- Radiografias ou tomografias acompanhadas dos respectivos laudos radiológicos e resultados de exames, no caso de fratura óssea;
- Cópia completa do Prontuário Hospitalar e relatório da cirurgia, no caso de luxação;
- Ressonância magnética ou ultrassonografia acompanhadas dos respectivos laudos e resultados de exames, no caso de ruptura total.

10.2. Em caso de falecimento do(a) Segurado(a), entre a ocorrência da Fratura, Ruptura ou Luxação (esta somente quando houver tratamento cirúrgico) e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial – Cobertura Adicional Amparo Funeral

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, quando contratada, garante ao Solicitante, durante o Período de Vigência, a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral pela Assistência 24 horas ou o reembolso das despesas com o funeral do Segurado, **limitado ao Capital Segurado contratado**, em caso de Morte por qualquer causa do Segurado**, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.**

1.2. Caso seja utilizada a Assistência 24 horas para o serviço de Assistência Funeral, fica suspenso o direito ao reembolso de despesas relacionadas a esta Cobertura.

1.2.1. A utilização da Assistência 24 horas para o serviço de Assistência Funeral deverá ser feita mediante ligação à Central de Atendimento pelos telefones 0800 638 5433 e +55 3003 5433 para chamadas a cobrar do exterior.

1.2.2. A Assistência 24 horas para o serviço de Assistência Funeral não será possível em localidades onde a legislação ou normas não permitirem a atuação da prestadora de serviço.

1.2.3. O serviço oferecido pela Assistência 24 horas será prestado em todo o Território Nacional. Em caso de óbito no exterior, a Assistência 24 horas providenciará o traslado do corpo para Sepultamento ou Cremação no Brasil. Em caso de óbitos ocorridos no exterior com Sepultamento ou Cremação ocorridos no exterior, o Solicitante poderá solicitar o reembolso das despesas respeitando o limite de Capital Segurado contratado, com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento destas despesas.

Para solicitação de eventual reembolso, o pagamento será efetuado diretamente ao Solicitante das despesas com funeral, limitado ao Capital Segurado contratado, mediante comprovação por meio da apresentação de notas fiscais originais.

1.3. Serviços de Assistência Funeral prestados pela Assistência 24 horas ou passíveis de reembolso:

a) Assessoria para Formalidades Administrativas

Será disponibilizado pela Assistência 24 horas, após a liberação do corpo pelo Instituto Médico Legal ou Hospital, um representante que irá ao domicílio do Solicitante ou ao hospital onde ocorreu o óbito do Segurado, para coletar os documentos e providenciar as tratativas para a realização do Funeral.

A liberação do corpo no Instituto Médico Legal ou Hospital é uma responsabilidade de um representante legal do Segurado.

b) Transporte e Hospedagem Familiar

Em caso de falecimento onde houver a necessidade legal da presença de um membro da família para liberação do corpo, será fornecida 1 (uma) passagem aérea de ida e volta conforme menor horário para a chegada ao local.

Caso o familiar esteja em alguma cidade que não possui aeroporto, o transporte poderá ser realizado por via rodoviária, considerando o menor horário para a chegada ao local.

A hospedagem fornecida pela Assistência 24 horas para 1 (um) membro da família está limitada a uma diária no valor de R$ 300,00 (trezentos reais).

c) Registro em Cartório

A Assistência 24 horas irá providenciar e custear o registro em cartório do óbito, desde que permitido pela legislação local.

d) Translado do Corpo

A Assistência 24 horas realizará o traslado do corpo do local até o local de sepultamento / cremação no Brasil, por meio de transporte mais adequado, em urna mortuária apropriada. A Assistência 24 horas determinará se o transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local.

O serviço de traslado do corpo será prestado a partir do momento em que o corpo do Segurado se encontrar liberado pelas autoridades competentes e desde que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial, judicial, normativo ou qualquer outro que impeça o traslado do corpo, conforme a legislação vigente.

e) Preparação do Corpo

A Assistência 24 horas providenciará a preparação do corpo com higienização. Se necessário e identificado pela Assistência 24 horas, nos casos de traslado aéreo, longas distâncias terrestres ou quando o sepultamento for superior a 36 (trinta e seis) horas após o óbito, será providenciado o embalsamento e a tanatopraxia.

f) Necromaquiagem

Se solicitado, a Assistência 24 horas disponibilizará o serviço de necromaquiagem conforme a disponibilidade deste serviço.

g) Composição do Funeral

Os itens que irão compor o funeral do Segurado são:

- 1 (uma) urna de madeira com visor e ornamentação da urna de acordo com a preferência da família;
- 1 (um) véu para cobrir o corpo;
- 1 (uma) manta mortuária;
- 3 (três) coroas de flores grandes;
- 1 (um) livro de presença com arranjo de flores e
- 1 (um) jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona.

h) Locação para Sala de Velório

A Prestadora de Serviços se responsabilizará pela locação de sala para velório em cemitério municipal ou em cemitério particular.

i) Carro Fúnebre

A Assistência 24 horas fornecerá um carro fúnebre para cortejo dentro do município de sepultamento.

j) Taxa de Exumação

Caso a família já tenha jazigo próprio, a Prestadora de Serviços pagará a Taxa de Exumação, desde que todas as gavetas existentes no jazigo estejam ocupadas. Se ocorrer a locação do jazigo, não ocorrerá o pagamento da Taxa de Exumação.

k) Taxa de Sepultamento

A Assistência 24 horas irá providenciar e custear a taxa de Sepultamento/Cremação conforme a taxa praticada pelo local escolhido pela família do Segurado.

l) Locação de Jazigo

Caso a família não possua um jazigo, a Assistência 24 horas irá disponibilizar a locação da sepultura pelo prazo de 3 (três) anos. Será disponibilizado um documento informando a data de término da locação para que os familiares acompanhem a exumação dos restos mortais. Estes devem realizar contato com o cemitério, que repassará todas as informações necessárias.

Após a data de término da locação do jazigo, a Assistência 24 horas e a Seguradora não se responsabilizam pelo corpo, ficando sob responsabilidade do cemitério escolhido.

m) Sepultamento

Sepultamento do corpo do Segurado em jazigo familiar, municipal ou particular. Caso seja feita a opção da Cobertura de Sepultamento, a Cobertura Cremação está excluída.

n) Cremação

Será realizada no local escolhido pelo Solicitante, desde que haja estrutura local. Se não houver este serviço na cidade, a cremação será realizada na cidade mais próxima e as cinzas serão encaminhadas para a cidade de domicílio do Segurado no Brasil. Ao optar pelo Crematório, a Assistência 24 horas se responsabiliza pela realização do velório apenas no próprio Crematório.

O serviço será realizado de acordo com a legislação vigente.

o) Placa com Nome na Lápide

A Assistência 24 horas disponibilizará a placa com nome na lápide limitado ao valor de R$ 300,00 (Trezentos reais).

2.CLÁUSULA SUPLEMENTAR

2.1. Esta Cobertura prevê a possibilidade de inclusão de:

a) Cônjuge ou Companheiro(a);

b) Filhos e enteados com idade máxima de 24 anos.

c) Pai e mãe do Segurado, sem limite de idade.

2.2. Esta Cobertura, se contratada estendida aos dependentes indicados, será(ão) estabelecida(s) contratualmente e obedecerá às mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nesta respectiva Condição Especial, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis.

3.DEFINIÇÃO

3.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Das Definições” das Condições Gerais deste seguro.

4.RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de 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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

c) **Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

d) **Doenças, Lesões e Acidentes Preexistentes omitidos voluntariamente pelo Segurado no Questionário de Avaliação de Risco, 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 resposta ao Questionário de Avaliação de Risco.**

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelos Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.;

e) **Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.**

e.1) **Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;**

f) **Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.**

f.1) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 2.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos;

g) **Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.**

4.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 4.1. e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal constante nas Condições Gerais, estão também excluídos da Cobertura desta Condição Especial, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) **Despesas de qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o Funeral, sem autorização da Assistência 24 horas, não previstas nestas condições:**

b) **Quaisquer reembolsos de despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela Assistência 24 horas, mesmo que cobertas pela presente Assistência:**

c) **Solicitações de serviços para a Assistência 24 horas que não sejam feitas direta e comprovadamente pelo Solicitante.**

4.3. Caso a opção seja pela Assistência 24 horas para a 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.

5.CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

5.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

5.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, a data do falecimento do Segurado ou a data de falecimento do Segurado Dependente, quando contratada Cláusula de Inclusão Suplementar para Cônjuge ou Familiares.

5.4. Se contratada a Cláusula Suplementar para inclusão dos dependentes indicados no item 2 desta Condição Especial, o Capital Segurado para a Cobertura funeral do Segurado Dependente corresponderá a 100% do Capital Segurado da Cobertura funeral do Segurado.

6.INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. A Cobertura começa a vigorar, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de endosso, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6.2. Exclusivamente para a contratação do plano Familiar + Pais do Segurado, a idade máxima de saída será 65 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 60 anos.

6.3. Para os planos individual, individual + cônjuge e familiar, a idade máxima para contratação será de 75 anos, permanecendo ativo durante a vigência da apólice.

6.4. O Período de Vigência é de 5 anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro

6.5. A cobertura poderá ser renovada, de acordo com idade, e eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

6.6. As coberturas adicionais poderão não ser renovadas pelo Segurado ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

6.7. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento.

6.8. A respectiva Cláusula Suplementar contratada para inclusão do Cônjuge ou Familiar começa a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada após entrada em vigor da cobertura do Segurado.

6.9. O prazo contratado, o início e término de vigência desta Condição especial estarão descritos na Apólice de Seguro.

7.CESSAÇÃO DA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 14.4, 14.5 e 14.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do Segurado;

b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

c) Se constada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

d) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 6.4 acima;

e) Com a solicitação expressa do Segurado pelo cancelamento desta cobertura.

f) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado.

g) Exclusivamente no caso da contratação do plano Familiar + Pais, esta cobertura se encerrará quando o Segurado completar 65 anos.

7.2. Para o Segurado Dependente, quando incluído no seguro:

a) Com o falecimento do Segurado antes do falecimento do Segurado Dependente;

b) Com o falecimento do Segurado Dependente;

c) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

d) Com o pagamento do Valor de Resgate Líquido;

e) Se constada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

f) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 6.4 acima;

g) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura;

h) Caso o Segurado não seja mais elegível ao seguro, nos termos das Condições Gerais e Especial;

i) Em caso de cessação da condição de Segurado Dependente, conforme estabelecem

a respectiva Condição Especial independentemente da cobrança do Prêmio;

j) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado.

8. VALOR DOS PRÊMIOS

8.1. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

8.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 5 anos e prazo de pagamento máximo também de 5 anos.

9. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

9.1. Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 17 das Condições Gerais, seguem os elementos essenciais para a aferição e decisão sobre a existência de cobertura:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Certidão de Óbito do sinistrado;
- Cópia do RG do segurado, do sinistrado e dos contratantes das despesas;
- Cópia do CPF dos contratantes das despesas;
- Cópia dos recibos e Notas Fiscais das despesas com o funeral (com discriminação dos serviços);
- Cópia do comprovante de endereço dos contratantes das despesas;
- Autorização de crédito nominal a cada um dos contratantes das despesas (formulário padrão MetLife).

9.2. Em caso de falecimento do Segurado Dependente, quando contratada a Cláusula Suplementar para a inclusão de Cônjuge e/ou Familiar, a comprovação será realizada por meio de:

- Formulário original MetLife do Aviso de Sinistro;
- Cópia do RG e CPF do sinistrado;
- Cópia da Certidão de Casamento extraída após o óbito, no caso de falecimento do Cônjuge;
- Provas de União Estável, no caso de falecimento do Cônjuge;
- Certidão de Nascimento, para filhos;
- Certidão de óbitos do pai/mãe.

9.3. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

9.4. Se dentro do prazo mencionado no item 17.1.8, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado

9.5. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial – Cobertura Adicional Diária por Incapacidade Temporária (DIT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado, durante o Período de Vigência, o pagamento de diárias por incapacidade temporária em caso de afastamento involuntário da sua ocupação profissional remunerada 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. A Indenização prevista nesta Cobertura é devida desde que o Segurado fique total, contínuo e ininterruptamente, por período temporário, impossibilitado de exercer sua ocupação profissional remunerada, observado o Período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

1.3. Se ficar comprovado que o segurado prestou informações falsas ou omitiu qualquer circunstância de seu conhecimento que possam influir na aceitação da proposta ou no prêmio, o segurado perderá o direito ao recebimento da indenização, além de ficar obrigado ao prêmio vencido, com base no artigo 766 do Código Civil.

1.4. Esta cobertura está disponível em módulos:

1.4.1. Módulo 1: Sem cobertura para L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, qualquer tipo de hérnia e suas consequências, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos, cirrose hepática, doenças de características reconhecidamente progressivas e doenças provocadas pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida. Franquia: 10 dias.

1.4.2. Módulo 2: Sem cobertura para L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, qualquer tipo de hérnia e suas consequências, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos, cirrose hepática, doenças de características reconhecidamente progressivas e doenças provocadas pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida. Franquia: 15 dias.

1.4.3. Módulo 3: Com cobertura para L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, qualquer tipo de hérnia e suas consequências, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos, cirrose hepática, doenças de características reconhecidamente progressivas e doenças provocadas pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida. Franquia: 10 dias.

1.4.4. Módulo 4: Com cobertura para L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, qualquer tipo de hérnia e suas consequências, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos, cirrose hepática, doenças de características reconhecidamente progressivas e doenças provocadas pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida. Franquia: 15 dias.

1.5. Não será permitida a troca entre módulos durante a vigência do seguro.

2. DEFINIÇÃO

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 ele estiver afastado de sua ocupação profissional remunerada por motivo de doença ou Acidente Pessoal, a contar do primeiro dia após o término do período de Franquia.

2.3. Valor da diária contratada: é o capital segurado que está limitado até o valor da renda mensal líquida, livre de impostos, dividido por 30 (trinta). Este valor deverá ser compatível com o rendimento líquido do segurado, proveniente do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional.

2.4. Capital Segurado: é aquele indicado na proposta de contratação como diária por incapacidade temporária.

2.5. Franquia: é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) procedimento relacionado à gravidez tópica ou ectópica, parto ou aborto, exceto em caso de Acidente Pessoal;

b) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual e controle de natalidade;

c) doação e transplante intervivos;

d) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;

e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, não reconhecidos pelo Ministério da Saúde e/ou Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;

f) tratamento odontológico e intervenções por razões reparadoras, salvo os consequentes de Acidente Pessoal coberto;

g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessários à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;

h) tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;

i) anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;

j) tratamento e/ou diagnóstico de fibromialgia, artrite reumatoide e osteoartrose;

k) Infecções ou doenças provocadas pela Hepatites B e/ou Hepatite C;

l) lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protrusões discais, dorsalgias e cervicalgias, salvo se contratada a Cobertura nos Módulos 3 e 4.

m) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

n) doenças agravadas por traumatismos;

o) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

p) qualquer doença, transtorno mental e/ou psiquiátrico, inclusive o "estresse" e síndrome do pânico.

q) hospitalizações para check-up;

r) luxações recorrentes que tenham ocorrido após um primeiro acometimento e instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

s) laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de telangiectasias;

t) cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras;

u) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;

v) doenças transmitidas por contato com animais, tais como leptospirose, toxoplasmose e outras doenças infecto parasitárias;

w) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos;

x) estados de convalescença (após a alta médica);

y) Qualquer acidente, doença ou lesão comprovadamente descoberta, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico antes da contratação desta cobertura;

z) qualquer evento que impossibilite o Segurado de exercer sua ocupação profissional remunerada por um período inferior à Franquia contratada na Apólice;

aa) acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

bb) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte

mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

cc) Danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista,

4. CARÊNCIA

4.1. Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos ocorridos após o período de carência, contado a partir do início de vigência da cobertura;

4.2. Para os segurados que contrataram o módulo 3 ou 4, 180 (cento e oitenta) dias para a cobertura de diária por incapacidade temporária, cujo evento gerador seja decorrente de:

- **L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo,**
- **D.O.R.T: Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho,**
- **L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo,**
- **Qualquer tipo de hérnia e suas consequências**
- **Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;**
- **Cirrose hepática;**
- **Doenças de características reconhecidamente progressivas; e**
- **Doenças provocadas pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida.**

4.3. 60 (sessenta) dias, para a cobertura de diária por incapacidade temporária, cujo evento gerador seja decorrente de outras doenças que não estejam previstas na **cláusula 4.2 dessas Condições Especiais.**

4.4. Não haverá carência nos casos de Acidente Pessoal do Segurado ocorrido após o início da vigência do seguro.

4.5. O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do seguro.

5. FRANQUIA

5.1. Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos ocorridos a partir de 10 (dez) dias ou 15 (quinze) dias, ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento da ocupação profissional remunerada do Segurado, por determinação médica.

5.2. 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.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1. O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto, para Cobertura de diária por incapacidade temporária será de:

6.1.1. 90 (noventa) dias para eventos decorrentes e/ou classificadas como (Exclusivamente para segurados que contrataram o Módulos 3 ou 4):

- **L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo.**
- **D.O.R.T: Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho**
- **L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo;**
- **Qualquer tipo de hérnia e suas consequências,**
- **Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;**
- **Cirrose hepática;**
- **Doenças de características reconhecidamente progressivas; e**
- **Doenças provocadas pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida.**

6.1.2. 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias para os demais eventos cobertos de diárias de incapacidade temporária não previstos na cláusula 6.1.1. dessas Condições Especiais.

6.2. No caso de ocorrência simultânea de mais de um Evento Coberto, as indenizações de diária por incapacidade temporária não se acumulam.

6.3. A indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

6.4. Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder o limite máximo de 365 diárias, de acordo com o evento, conforme estabelecido nesta Condição Especial.

6.5. Caso o segurado esteja recebendo diárias e sua incapacidade temporária evolua para uma invalidez total e permanente por doença devidamente comprovada, o pagamento das diárias será imediatamente cessado.

6.6. O pagamento das diárias se extinguirá com o retorno do Segurado à ocupação profissional remunerada, com o fim do tratamento médico,

com o falecimento dele ou findo o período do limite de diárias contratado.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado para esta Cobertura corresponde ao valor da diária por incapacidade temporária contratada.

7.2. O capital segurado ou Valor da Diária Contratada deverá constar na Proposta de Contratação e na Apólice de Seguro.

7.3. Para a cobertura Diária por Incapacidade Temporária, o Segurado deve comunicar à Seguradora qualquer alteração em sua renda mensal ou ocupação profissional remunerada que possa impactar o Valor da Diária Contratada, a fim de que o Capital Segurado e prêmio sejam devidamente ajustados, de acordo com as regras do Produto.

7.4. O valor da indenização, em caso de sinistro, será calculado com base na renda mensal comprovada pelo Segurado na data do Sinistro, de modo que, se não houver a comunicação de alteração na renda mensal, o Segurado tem ciência e aceita que eventual indenização será baseada e limitada a renda comprovada pelo Segurado na data do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado contratado.

7.5. O Capital Segurado ou Valor da Diária contratada **será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.**

8. INDENIZAÇÃO

8.1. Para efeito de determinação do capital segurado a ser pago, será considerada a data da declaração médica ou dos documentos médicos que apontam o diagnóstico gerador de incapacidade temporária.

8.2. A indenização será devida depois de cumpridos os prazos de carência e franquia.

8.3. O pagamento das diárias se extinguirá com o falecimento do segurado, com a evolução do quadro de incapacidade temporária para invalidez total e permanente por doença devidamente comprovada ou com o retorno do segurado ao exercício de sua ocupação profissional remunerada.

8.4. Para casos de sinistro onde o período de incapacidade temporária não ultrapasse 40 (quarenta) dias, a seguradora providenciará um único pagamento, no valor correspondente às diárias em que o segurado permaneceu afastado do exercício de sua ocupação profissional remunerada, observado o período de franquia.

8.5. Para casos de sinistro que ultrapassem 40 (quarenta) dias, os pagamentos, a critério exclusivo da Seguradora, poderão ser efetuados periodicamente a cada 30 (trinta) dias, mediante apresentação pelo segurado à seguradora, de relatório médico com data atualizada pelo retorno e avaliação do Médico Assistente, que comprove a extensão de período de afastamento do segurado.

9. INÍCIO DE VIGÊNCIA

9.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

9.2. O Período de Vigência é de 1 (um) ano e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro.

9.3. A idade máxima de saída será 70 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 65 anos.

9.4. A cobertura poderá ser renovada, por igual período, de acordo com eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

9.5. Para cálculo do novo prêmio da cobertura renovada, será considerada a idade do segurado no primeiro dia de vigência.

9.6. No momento da renovação, para fins de reavaliação e aceitação da renovação do risco a seguradora poderá solicitar uma nova Declaração Pessoal de Saúde e exames médicos ao segurado.

9.7. Essa Cobertura Adicional poderá não ser renovada pelo Segurado ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

9.8. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o Segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nos itens 14.4, 14.5 e 14.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do Segurado;

b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

c) **Se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;**

d) **No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 9.2 acima;**

e) **Com a solicitação expressa do Segurado para o cancelamento desta cobertura.**

f) **Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado;**

g) **Quando o segurado completar 70 anos de idade.**

11. VALOR DOS PRÊMIOS

11.1. O valor dos Prêmios será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

11.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento, previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 1 (um) ano e prazo de pagamento respeitando a vigência.

12. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

12.1. Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 17 das Condições Gerais, seguem os elementos essenciais para a aferição e decisão sobre a existência de cobertura:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;
- Autorização para Pagamento em nome do Segurado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico assinado pelo médico responsável com carimbo e CRM;
- Relatório médico completo contendo informações sobre 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 exames complementares à data do evento;
- Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) para casos de acidente de trabalho;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), em caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial;
- Cópia do comprovante de exercício de Atividade Profissional;
- Cópia do Holerite (últimos 3 meses) ou Declaração de Imposto de Renda do último ano.

12.2. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

12.3. Se dentro do prazo mencionado no item 17.1.8., devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado.

12.4. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro