

Condições Contratuais

Vida Total Singular Legado

Conheça seu seguro



Regras básicas do seu seguro

1. Características -----	4
2. Objetivo -----	4
3. Definições -----	4
4. Coberturas -----	6
5. Riscos Excluídos -----	6
6. Beneficiário(S) -----	7
7. Aceitação Da Proposta De Contratação -----	7
8. Âmbito Territorial Da Cobertura -----	7



Conheça as regras das suas coberturas

9. Período De Vigência Do Seguro -----	7
10. Montante Disponível -----	8
11. Capital Segurado -----	9
12. Prêmio Do Seguro -----	9
13. Atualização Dos Valores Do Seguro -----	10



Como utilizar

14. Ocorrência Do Sinistro -----	10
15. Indenização -----	11
16. Perda Do Direito A Indenização -----	12
17. Período De Não Contestação -----	12
18. Alterações Da Apólice -----	13



Regras básicas do seu seguro

19. Sub-Rogação -----	13
20. Tributos -----	13
21. Prescrição -----	13
22. Foro -----	13
23. Material De Divulgação -----	13
24. Cumprimento Das Leis Anticorrupção -----	13
25. Disposições Finais -----	14

1.	OBJETIVO	4
2.	DEFINIÇÕES	4
3.	COBERTURA	6
4.	ELEGIBILIDADE	6
5.	BENEFICIÁRIO(S)	6
6.	ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO	7
7.	INFORMAÇÕES SOBRE RISCO E DECLARAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO CONTRATO	7
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA	8
9.	PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO	8
10.	MONTANTE DISPONÍVEL	8
11.	CAPITAL SEGURADO E DESPESAS DE SALVAMENTO	9
12.	PRÊMIO DO SEGURO	10
13.	ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO	11
14.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	11
15.	INDENIZAÇÃO	12
16.	PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO	13
17.	PERÍODO DE NÃO CONTESTAÇÃO	14
18.	ALTERAÇÕES DA APÓLICE	14
19.	SUB-ROGAÇÃO	14
20.	TRIBUTOS	14
21.	PRESCRIÇÃO	15
22.	FORO	15
23.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	15
24.	CUMPRIMENTO DAS LEIS ANTICORRUPÇÃO	15
25.	DISPOSIÇÕES FINAIS	16
	Condição Especial – Cobertura de Morte	17
1.	OBJETIVO	17
2.	DEFINIÇÃO	17
3.	CARÊNCIA E FRANQUIA	17
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	17
5.	CAPITAL SEGURADO	18
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA	18
7.	CESSAÇÃO DE COBERTURA	18
8.	VALOR DO PRÊMIO	18
9.	DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO	18
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	20

Condições Gerais do Seguro de Pessoas e Integridade Física

1. OBJETIVO

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.

1.2. 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 cobertura contratada desde que respeitadas as Condições Gerais e Especiais deste documento.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. 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, que 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:

- As doenças, incluídas as profissionais, 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 microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares 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.
- As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal.

2.2. 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.

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

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

2.5. 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.

2.6. 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. Em caso de Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado em decorrência de Doença em Estágio Terminal, o Beneficiário será o próprio Segurado.

2.7. Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade Seguradora na ocorrência do Sinistro a ser efetuado ao Beneficiário. **Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.**

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

2.9. Carregamento: Para fazer frente às despesas relativas à colocação, à administração e à

corretagem, a seguradora cobrará carregamento sobre o valor dos prêmios, quando de seu recebimento.

- 2.10. 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.
- 2.11. Condições Contratuais:** é o conjunto de condições que regem a contratação, incluindo as constantes na Proposta de Contratação, do contrato e da Apólice do Seguro.;
- 2.12. Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de Cobertura que podem ser contratadas, dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.13. Condições Gerais:** É este conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do seguro.
- 2.14. 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.
- 2.15. Declaração Pessoal de Saúde:** documento formal e legal, integrante da Proposta de Contratação e do Formulário de Informações Médicas, em que o Proponente/Segurado presta informações sobre suas condições de saúde e suas atividades na data da assinatura dos referidos documentos, assinando-o e responsabilizando-se pela veracidade e integralidade das informações prestadas, sob pena de perder o direito ao Capital Segurado, nos termos da legislação vigente.
- 2.16. 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.
- 2.17. Doenças e Lesões Preexistentes:** São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado antes da data da adesão ao seguro, que são de seu prévio conhecimento e que, se não forem informadas na Declaração Pessoal de Saúde ou outro documento ou meio ofertado pela seguradora, não geram o direito à indenização.
- 2.18. 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.
- 2.19. 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.
- 2.20. 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.
- 2.21. 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.
- 2.22. Início de Vigência:** data e hora 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
- 2.23. 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.
- 2.24. 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.
- 2.25. Montante Disponível:** valor correspondente a um percentual do valor acumulado na Provisão Matemática de Benefícios a Conceder relativo à Cobertura do plano de seguro estruturada no Regime Financeiro de Capitalização, referente a todos os meses vigentes com prêmios pagos. Este percentual está definido na Regra de Disponibilização do Montante Disponível. O Valor de Resgate não corresponde à devolução dos Prêmios pagos.
- 2.26. Período de Não Contestação:** período durante o qual a Seguradora não poderá alegar Doenças e Lesões Preexistentes para contestar o pagamento de benefício, segundo as regras estabelecidas na cláusula de Perda do Direito a Indenização ou Reembolso.
- 2.27. Prêmio:** Valor pago pelo Segurado à Seguradora para garantir a (s) Cobertura (s) do Seguro.
- 2.28. Pretensão segurado:** é a pessoa que manifesta interesse em contratar o seguro, mas ainda não possui vínculo contratual formal com a Seguradora.
- 2.29. Proponente:** Pessoa física interessada em contratar o Seguro.
- 2.30. Proposta de Contratação: 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.

- 2.31. 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.
- 2.32. 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.
- 2.33. Responsável pelo Pagamento:** pessoa física ou jurídica que se obriga ao pagamento dos Prêmios.
- 2.34. Riscos Cobertos:** evento previsto na cobertura contratada que, em caso de concretização comprovada, concede a indenização ao Beneficiário.
- 2.35. Riscos Excluídos:** é o acontecimento ou evento previsto nas Condições Gerais, que não gera a obrigação para a Seguradora fazer um pagamento ao próprio Segurado ou ao(s) seus Beneficiário(s).
- 2.36. Segurado:** pessoa física sobre a qual será feita uma avaliação de Risco, para uma possível aprovação do seguro.
- 2.37. 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.
- 2.38. Sinistro:** É a ocorrência do risco coberto durante o período de cobertura, que gera para o próprio Segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) o direito ao recebimento da indenização, atendidas as disposições destas condições gerais.
- 2.39. 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 das mesmas, limitado ao Capital Segurado da Cobertura.
- 2.40. 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.

- 2.41. 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
- 2.42. Resgate:** direito dos Segurados e, quando tecnicamente possível, dos Beneficiários de retirar o Montante disponível, na forma regulamentada.

3. COBERTURA

3.1. Morte

Esta cobertura garantirá o pagamento, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos destas Condições Gerais, das Condições Especiais e da Apólice:

3.1.1. Ao(s) Beneficiário(s), o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, em um único pagamento, em caso de morte do Segurado A Cobertura Básica é estruturado como benefício definido e no Regime Financeiro de Capitalização.

3.1.2. Ao Segurado, em caso de comprovação de Doença em Estágio Terminal, O Segurado poderá solicitar a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado, em um único pagamento.

3.2. A Cobertura de Morte é estruturada como benefício definido e no Regime Financeiro de Capitalização. Sendo assim, está prevista a formação de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder e disponibilização do Montante Disponível, em caso de cancelamento.

4. ELEGIBILIDADE

4.1. São elegíveis todas as pessoas físicas com idade mínima de 30 (trinta) anos e máxima de 75 (setenta e cinco) anos, na data da contratação do seguro.

5. BENEFICIÁRIO(S)

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

5.1.1. 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.

5.1.2. 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.

5.2. 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.

5.3. 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.

5.4. 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 de Morte.

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

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

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

5.8. Não será aceita designação ou substituição de Beneficiário(s) por meio de procuração ou ato de última vontade.

6. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

6.1. A aceitação deste seguro estará sujeita à Análise de Risco.

6.2. 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.

6.3. 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.

6.4. 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.

6.5. A Seguradora fará, obrigatoriamente, a comunicação formal ao Proponente, no caso de não aceitação da

proposta. A ausência de manifestação por escrito, da Seguradora, no prazo previsto no item **7.3**, caracterizará a aceitação da proposta.

6.6. 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.

6.7. 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.

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

7.1. O contrato de seguro será nulo se, na data de sua celebração, a Seguradora, pretense 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.

7.2. 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.

7.3. 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 pretense Segurado. Esse interesse é presumido se o Proponente ou Responsável Financeiro for cônjuge, companheiro, ascendente ou descendente do pretense Segurado.

7.4. Os Intervenientes, Proponente, Pretense 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.

7.5. 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.

7.6. 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.

7.7. 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.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

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

9. PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO

9.1. A vigência é por toda a vida do Segurado, desde que seja quitado o prêmio único pelo Responsável pelo Pagamento, na Proposta de Contratação.

9.2. O início e o fim da Vigência estarão descritos na Apólice de Seguro considerando-se as 24 (vinte e quatro) horas das datas estabelecidas.

9.3. 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. MONTANTE DISPONÍVEL

10.1. Enquanto a Apólice estiver em vigor, será constituída a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, com base nos parâmetros técnicos estabelecidos para este Plano de Seguro.

10.2. 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 Resgate.

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

Montante Disponível	
Período de Vigência da Apólice (em meses)	% de montante disponível em relação à PMBaC
1º ao 24º mês	0%
25º ao 36º mês	25%
37º ao 48º mês	50%
49º ao 60º mês	75%
A partir do 61º mês	100%

10.4. O valor do Montante Disponível se iguala ao valor da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder a partir do mês 61.

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

10.5.1. Através do sinistro, onde após o evento coberto o capital segurado é pago conforme definido no item 15; ou

10.5.2. Durante a vigência, solicitando a seguradora, a partir do **25º mês de vigência**, a utilização do seu chamado Montante Disponível. Uma vez utilizado todo o Montante Disponível, não será mais possível realizar resgate.

10.6. O valor resgatado corresponde ao saldo da provisão matemática, não à devolução dos prêmios pagos.

10.7. Pagamento do Montante Disponível

10.7.1. Através de formulário apropriado, o Segurado poderá solicitar, a partir do **25º mês de Vigência**, o Resgate do Montante Disponível, considerando os percentuais estabelecidos, conforme o período de Vigência da Apólice. O Valor de Resgate Líquido será 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.

10.7.2. 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.

10.7.3. 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.

10.7.4. 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.

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

10.7.6. O pagamento do Resgate será efetuado em crédito em conta corrente – 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.

10.7.7. Caso o Valor de Resgate Líquido seja pago após o prazo descrito no item 10.6.5. o mesmo **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).**

10.7.8. 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.

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

11. CAPITAL SEGURADO E DESPESAS DE SALVAMENTO

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

11.2. Os Capitais Segurados serão indenizados sob a forma de pagamento único.

11.3. 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.

11.4. 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

11.5. No caso de utilização da cobertura de **Morte**, o **Segurado terá a Cobertura 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.

11.6. Mudança de capital segurado

11.6.1. Não será permitida a alteração de capital segurado da cobertura contratada após a emissão e quitação da apólice.

11.7. Despesas de Salvamento

11.7.1. 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.

11.7.2. 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.

11.7.3. Serão reembolsáveis os valores comprovadamente despendidos, limitados à 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.

11.7.4. 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.

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

11.7.6. 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.

11.7.7. 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.

12. PRÊMIO DO SEGURO

12.1. Pagamento dos Prêmios

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

12.1.2. O pagamento do Prêmio deste seguro será realizado de forma única, conforme escolha do Responsável pelo Pagamento e será informado na Proposta de Contratação e na Apólice.

12.1.3. A data de vencimento do Prêmio será estabelecida pelo Proponente na Proposta de Contratação. **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 O Prêmio será cobrado de forma única, conforme constado na Proposta de Contratação.

12.1.4. O pagamento do Prêmio poderá ser efetuado através de débito em conta corrente, por meio de cartão de crédito ou outras formas admitidas pela Seguradora.

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

12.2. Pagamento por meio de débito automático em conta corrente.

12.2.1. Se não houver manifestação do Responsável pelo Pagamento em até 30 (trinta) dias antes do dia do débito, a Seguradora não aceitará o cancelamento do mesmo. 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.

12.3. Pagamento por meio de cartão de crédito.

12.3.1. 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.

12.3.2. 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 12.4 e 12.5 destas Condições Gerais.

12.4. Inadimplência e Prazo de Tolerância

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

12.4.2. 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 Prêmio vencido e não pago, durante o qual o Segurado ainda terá direito à Cobertura contratada.

12.4.3. 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.

12.4.4. Além da multa mencionada no item 12.4.3., 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.

12.4.5. Se, ao fim do Período de Tolerância, o Prêmio vencido e não pago, não for quitado, a apólice será cancelada, sem que seja devida ao segurado ou seu beneficiário a percepção proporcional de qualquer indenização.

12.5. Rescisão do Seguro

12.5.1. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, independentemente de notificação ou interpelação judicial, o Segurado e seu(s) Beneficiário(s) perderão o direito à Cobertura 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.

12.6. Cancelamento do Seguro

12.6.1. 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 arrendimento, 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.

12.6.2. 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.

12.6.3. Após 30 (trinta) dias da emissão da apólice, considerando o disposto na cláusula de resgate, o cancelamento da apólice não dará ao Segurado o direito à devolução do prêmio pago.

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

12.6.5. Além das situações mencionadas nos itens 12.4 e 12,5, 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;
- d) Se constada uma das hipóteses previstas nos itens "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais.
- e) 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.

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

- a) quando não houver interesse legítimo segurável sobre o objeto do seguro, e
- b) quando não comprovado o interesse legítimo do contratante sobre a vida do segurado.

12.6.7. 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.

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

12.6.9. 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, a cobertura contratada somente será eficaz a partir do momento que passou a existir o respectivo interesse legítimo, sem qualquer retroatividade.

12.6.10. O Segurado poderá solicitar a qualquer momento, o cancelamento do Seguro. A solicitação

deverá ser feita através dos canais de atendimento da MetLife.

13. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

13.1. Os Capitais Segurados 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.

13.2. 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).

13.3. 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.

13.4. O saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder será capitalizado mensal e atuarialmente, com base na taxa de juros de 4,0% a.a. (quatro 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 13.3.

13.5. Não ocorrerá alteração de taxa para a Cobertura de Morte, por se tratar de um produto de Prêmio nivelado.

14. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

14.1. Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado, por escrito, à Seguradora, pelo Segurado, ou pelo(s) Beneficiário(s), logo que o saiba(m).

14.2. 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.

14.3. 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.

14.4. 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

14.5. 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.

15. INDENIZAÇÃO

15.1. Pagamento de Indenização

15.1.1. 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.

15.1.2. 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

15.1.3. 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

15.1.4. Para os casos de Morte ou Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal 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.

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

15.1.6. 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 16.1.4. por, no máximo, 1 (uma) vez, reiniciando-se a contagem no primeiro dia útil subsequente ao atendimento integral da solicitação.

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

15.1.8. 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.

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

15.1.10.

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

15.1.11. 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 150 (cento e cinquenta) dias.

15.1.12. Caso ao final do prazo indicado no item 16.1.7 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.

15.1.13. 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.

15.1.14. 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).

15.1.15. 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.

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

15.1.17. 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.

15.2. Adiantamento Parcial de Benefício

15.2.1. 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.

15.2.2. Para ter direito a esse adiantamento de benefício, a Apólice deverá estar no Período de Não Contestação, conforme descrito na Cláusula 17.

15.2.3. Não há cobrança de Prêmio adicional para esse benefício.

15.2.4. 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. A

15.2.5. 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.

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

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

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

15.2.8. O valor do Adiantamento Parcial do Benefício de cada Beneficiário será proporcionalmente limitado ao percentual de benefício indicado para si na Apólice, observado item 15.2.3, mesmo que outro(s) Beneficiário(s) não tenha(m) solicitado tal adiantamento.

15.2.9. 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).

15.2.10. Procedimentos para receber o Adiantamento Parcial do Benefício:

15.2.11. 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.

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

15.2.13. O pagamento será realizado em até 7 (sete) dias úteis após o recebimento dos documentos descritos no subitem 15.1. 2.

15.2.14. Para pagamento integral do benefício, conforme descrito na Apólice, o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) seguir os procedimentos descritos no item 15.1 (Pagamento do Indenização).

16. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

16.1. 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.

16.1.1. 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.

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

16.2. 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.

16.3. 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.

16.4. 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.

16.4.1. 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.

16.5. 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.

16.6. 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.

16.7. 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.

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

16.9. Caso ocorra uma redução relevante do risco segurado, o Segurado 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.

16.10. 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.

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

16.12. 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.

16.13. 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.

16.14. 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.

17. PERÍODO DE NÃO CONTESTAÇÃO

17.1. 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 18 se, na data do evento, os seguintes prazos, aplicáveis conforme a hipótese, já tiverem decorrido:

17.2. 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

17.3. 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.

18. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

18.1. 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.

19. SUB-ROGAÇÃO

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

20. TRIBUTOS

20.1. Os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

20.2. 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.

21. PRESCRIÇÃO

21.1. 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.

22. FORO

22.1. 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.

23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

23.1. As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais, as Condições Especiais registradas na SUSEP.

24. CUMPRIMENTO DAS LEIS ANTICORRUPÇÃO

24.1. O segurado não ofertará tampouco aceitará pagamentos, tampouco ofertará ou fornecerá qualquer coisa de valor a nenhuma pessoa em violação das leis anticorrupção 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 brasileira n.º 12.846/2013 e seu respectivo decreto n.º 8.420/2015, proíbem qualquer oferta direta ou indireta, pagamento ou recebimento de dinheiro ou Qualquer Coisa de Valor de/para qualquer pessoa (inclusive, sem limitação, qualquer Servidor Público, organização internacional, partido político, oficial de partido ou candidato a cargos políticos) para fins de obter, manter ou instruir negócios, garantir qualquer Vantagem Imprópria na condução de negócios ou aliciar a realização imprópria de qualquer função pública ou comercial.

24.2. 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.

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

24.3.1. 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.

24.3.2. 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 nexos causal com o evento gerador do sinistro, caracterizando assim, a perda do segurado ao direito a indenização. O fato gerador para efeito de aplicação da cláusula de embargos e sanções deverá estar caracterizado no momento do sinistro para fins de perda de direito.

24.3.3. 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.

24.3.4. 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.

24.3.5. 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. //

25. DISPOSIÇÕES FINAIS

25.1. 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.

25.2. O corretor de seguros é responsável por entregar ao segurado, beneficiário ou 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.

25.3. O Corretor 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.

25.4. 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.

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

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

Condição Especial – Cobertura de 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.

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

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

1.3.2.2. 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.

1.3.2.3. 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 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. CARÊNCIA E FRANQUIA

3.1. Não há período de carência ou franquia para a cobertura de morte, desde que o prêmio único esteja quitado e a apólice vigente.

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 pelo 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.

4.2. 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.

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, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

5.4. 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.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6.2. A vigência da Cobertura Básica é por toda a vida do Segurado, desde que seja quitado o prêmio único, no momento da contratação do seguro.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 12.4 e 12.5 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 pagamento do Valor de Resgate Líquido;
- d) se constada uma das hipóteses previstas nos itens "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais.

8. VALOR DO PRÊMIO

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

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

8.3. O Prêmio será pago uma única vez conforme escolhido pelo Segurado e/ou Responsável pelo Pagamento.

9. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

9.1. Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 16 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 houver;
- 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

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, 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.

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.

10.2. 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.